Rok XLVIII. Kraków, dnia 15. maja 1909. Nr 20

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z ambulatoryum kliniki chorób nerwowych i umysłowych U. J. Prof. Dra Jana Piltza.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i jego wyniki w schorzeniach układu nerwowego, powstających na tle kiły.

Podał

Dr Jan Nelken,

asystent ambulatoryum [1]).

W dziedzinie organicznych schorzeń układu nerwowego kiła, jako czynnik etyologiczny, jest częsta i rozpowszechniona. Według statystyki Erba, opartej na 10.000 przypadków, z wyłączeniem wiądu rdzenia i ogólnego postępującego zniedołężnienia poraźnego, które w dalszym ciągu dla krótkości porażeniem zwać będziemy, schorzenia kiłowe znajdują się w 21,5%. Nonne zarówno w swojej prywatnej statystyce, jak i w statystyce ogólnego szpitala Eppendorf-Hamburg, osnutej na 90.000 z górą przypadków, również z wyłączeniem wiądu i porażenia, znajduje kiłę układu nerwowego 2 razy częściej, niż stwardnienie rozsiane, lub guzy mózgu. Porażenie postępowe stanowi średnio 10%, 20%, a w środowiskach, wielkich 35% wszystkich przyjęć w zakładach dla umysłowo chorych, wiąd zaś rdzenia jest najpowszechniejszem organicznem schorzeniem układu nerwowego. Według statystyki naszego ambulatoryum, obejmującej 875 ord. przyp., spotykamy wiąd w 96 przypadkach, czyli w 11%.

I odwrotnie Fournier w statystyce, obejmującej 3429 przypadków kiły trzeciorzędnej, znalazł w 32% zaburzenia układu nerwowego.

Ścisłe więc rozpoznawanie podkładu kiłowego w chorobach nerwowych i umysłowych ma ogromną praktyczną doniosłość. Środki jednak wiodące do tego celu, były do ostatnich czasów bardzo wątpliwej wartości. Przedewszystkiem wywiady. Pomijając chorych, którzy całkiem świadomie zatajają kiłę przed lekarzem z rozmaitych powodów, istnieją przypadki wcale nierzadkie, gdzie chorzy nie mają najmniejszego pojęcia o przebyciu zakażenia (»syphilis ignorée«, »insontium«). Fournier u 50% kobiet, dotkniętych kiłą trzeciorzędną, nie mógł stwierdzić w wywiadach zakażenia. Dzieje się to, czyto wskutek nietypowych, mało wyraźnych postaci zakażenia pierwotnego, czyto wskutek nie zwracającego uwagi zakażenia pozapłodowego, wahającego się w krajach zachodu Europy między 4,5 a 5,5%, a w Rosyi dochodzącego do 44% wszystkich zakażeń kiłowych. Wreszcie badania ostatnie nad t. zw. »syphilis a virus nerveux« (*Lues nervosa* Nonne) wykazały dość częste rodzinne występowanie objawów nerwowo-płciowych lub metakiłowych. Nonne na 254 przypadkach wiądu i porażenia post. w 26 przypadkach, czyli prawie w 10%, znalazł rodzinne występowanie kiły pod różnemi postaciami w układzie nerwowym. W takich przypadkach wywiady najczęściej zawodzą.

Opisano w końcu cały szereg sekcyi, które wykazały zmiany kiłowe w narządach wewnętrznych u osobników, u których ani wywiady, ani badanie kliniczne najmniejszych śladów kiły wykryć nie zdołały.

[1]) Sprawozdanie wygłoszone w Krak. Tow. lek. dn. 31. kwietnia 1909 roku.

Wreszcie, jeżeli chory nawet twierdząco wskazuje na przebyte zakażenie weneryczne, to niezmiernie trudno czasem jest ustalić, czy była to kiła, czy też nie. Wiemy, jak często poza »plamką« lub »krostką«, nic od chorego dowiedzieć się nie można.

Jeżeli dalej zwrócimy się do metod przedmiotowych, do badania, to przedewszystkiem epokowe odkrycie krętka bladego nie na wiele się zdało neurologom. Wprawdzie Ravaut, Ponselli i Ranke wykryli krętki w mózgach dziedzicznie kiłowych płodów, a Benda w naczyniach ze zmianami Heubnera, ale *in vivo* wykryto go w układzie nerwowym, w płynie mózgowo-rdzeniowym 2 razy: Hoffmann w wydatnej kile drugorzędnej i Schridde u dziecka obarczonego dziedzicznie.

Klinicznie, jak wiadomo, kiła układu nerwowego przebiega niezmiernie różnolicie: zapalenie opon, zapalenie mózgu, rdzenia, korzonków, szare zwyrodnienia, kilaki, zapalenia tętnic, psychozy, wreszcie wiąd, porażenie postępowe jako cierpienia metakiłowe, tworzą całą gamę objawów, mogących powstać na tle kiłowem. Z tych wszystkich jedynie wiąd i porażenie post., i to niezawsze, nie przedstawiają trudności rozpoznawczych. W pozostałych objawach do niedawna kierowano się wyłącznie t. zw. zbiorami objawów (syndrome) mniej lub więcej dla kiły nerwowej charakterystycznymi, n. p. porażeniem mięśni ocznych, (*ophtalmoplegia*) lub ogólnie znanym objawem źrenicznym Argyll-Robertsona, fluktuacyą lub rozsianiem objawów, udarem mózgowym w młodym wieku, padaczką w wieku późniejszym i t. d. Objawy te jednakowoż należy traktować z wielką ostrożnością: badania n. p. Nonnego w przeciągu lat 1905—1907 wykazały na 1640 przypadków alkoholizmu przewlekłego, w których kiła zapomocą nowożytnych metod była zupełnie wyłączona — w 89 przypadkach zaburzenia źreniczne w różnym stopniu, czyli w 6%. Stąd wniosek, że niema zupełnie pewnych klinicznych objawów kiły układu nerwowego.

W końcu *ultimum refugium* dla neurologa jest rozpoznawanie tła kiłowego *ex juvantibus*. Ale i ten mało zaszczytny dla każdego dyagnosty sposób okazał się złudnym, gdyż niewątpliwie istnieją schorzenia układu nerwowego bez tła kiłowego, gdzie rtęć okazuje się skuteczną.

Ani zatem wywiady, ani postać kliniczna nie mogą całkiem stanowczo rozstrzygać o tle kiłowem.

Dlatego też zwracano się w ostatnich czasach do innych przedmiotowych metod pomocniczych. Temi metodami są:

1) biologiczna próba Wassermana z surowicy krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego,

2) chemiczne i cytologiczne badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

Zadaniem mojem będzie streścić w krótkości metodę drugą i wykazać jej stosunek do próby Wassermanna.

Płyn mózgowo-rdzeniowy otrzymujemy zapomocą nakłucia lędźwiowego według metody opracowanej przez Quinkego; służy do tego zabiegu przyrząd Quinkego, zmodyfikowany przez Króniga, lub też, co zupełnie wystarcza do naszych celów, 10—12 cm długa, irydoplatynowa igła [2]). Chorego układa się na bok z możliwie wygiętymi plecami, lub też sadza się go z tułowiem przegiętym naprzód. Zabieg jest mało bolesny i nie wymaga uśpienia, wymaga natomiast zupełnie spokojnego zachowania się chorego. Ten ostatni wzgląd zmusza czasem do stoso-

[2]) Fabr. Galante w Paryżu.

sowania krótkotrwałego, bo 1—4 min. trwającego uśpienia u umysłowo-chorych. Nissl n. p. na 211 nakłuć u umysłowo-chorych stosował uśpienie takie 62 razy, czyli w 29%.

Zapomocą nakłucia wypuszcza się niewielką ilość płynu z przestrzeni podpajęczynowej rdzenia: w tym celu wbija się igłę w kanał rdzeniowy pomiędzy III. i IV., IV. i V. kręgiem lędźwiowym lub wreszcie pomiędzy V. lędźwiowym, a I. kręgiem krzyżowym, czyli tam, gdzie rdzenia już niema. Igłę należy wbijać u dorosłych na wysokości dolnego brzegu wyrostka kolcowego, na 1 cm w bok od linii środkowej, i prowadzi w górę i do środka, póki brak oporu nie wskaże, że igła jest już w kanale.

Do celów rozpoznawczych zupełnie wystarcza 5—6 cm płynu, i więcej wypuszczać nie należy.

O ile nakłucie dokonane bywa z należytą ostrożnością, o ile nie wypuszcza się za wiele płynu i o ile chory zachowuje spokój po nakłuciu, objawów groźnych dla zdrowia chorego obawiać się nie należy. Możliwe zaś są objawy t. zw. »meningizmu«: ból głowy, zawroty, nudności, wymioty, promieniujące bole w karku, objawy ogólnego osłabienia. Objawy te zjawiają się zazwyczaj w kilka godzin po operacyi, i trwają 1, najwyżej 2 dni. Kutner widział następstwa te w 1/3 wszystkich nakłuć, Nissl w 48 na 112 przypadków, czyli w 43%.

Dlatego też Nonne bezwzględnie przestrzega przed ambulatoryjnem stosowaniem tego zabiegu. Chory powinien być bezwzględnie umieszczony w łóżku pod nadzorem lekarza na przeciąg 24 godzin. Najlepiej znoszą nakłucie chorzy na porażenie, wiąd, alkoholicy, chorzy bredzący; — najgorzej — neurastenicy.

Statystyki ogromnie groźne w rodzaju André Maystre z 18 przypadkami śmierci po nakłuciu nie mają wartości, gdyż wypuszczano w nim do 90 cm płynu, i to w celach najrozmaitszych, nawet przy guzach móżdżku, gdzie nakłucie jest przeciwwskazane. Natomiast nowsi badacze Nissl, Nonne, Apelt, Rehm i inni nie mają po nakłuciu ani jednego przypadku zejścia śmiertelnego.

Wypuszczony do celów rozpoznawczych płyn musi być i zwykle bywa wolny od przymieszki krwi.

Badanie otrzymanego płynu mózgowo-rdzeniowego bywa fizyczne, chemiczne, bakteryologiczne, cytologiczne i serodyagnostyczne. Nadto bada się ciśnienie, pod którem płyn z kanału kręgowego wytryskuje.

Z tych wszystkich badań ogromną doniosłość rozpoznawczą dla stwierdzenia etyologii kiłowej ma jedynie badanie cytologiczne, chemiczne, i próba Wassermanna.

Ciśnienie bowiem, mające w przypadkach wzmożonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego tak doniosłe rozpoznawcze znaczenie, w naszym zakresie, jak to stwierdziły badania Schäffera, Nawratzkiego, Anosa, Nonnego, Deroubaix, Rehma i innych, jest w pewnym stopniu wzmożone, ale zachowuje się w ten sam sposób i przy schorzeniach pochodzenia niekiłowego.

Badanie fizyczne z kryoskopią włącznie według badań Widala, Escarda, Ravaut, Rosentala i in. w naszym zakresie jest bez wyników.

Badanie bakteryologiczne miałoby wartość ze względu na krętka bladego. Wyniki pod tym względem u dorosłych, dotkniętych kiłą układu nerwowego, są ujemne.

Badanie cytologiczne polega na stwierdzeniu:

1. pleocytozy, albo limfocytozy, t. j. zwiększenia ilości elementów komórkowych płynu,

2. chorobliwych postaci komórek.

Francuzom Widalowi, Ravaut, Picard, Nageotte zawdzięczamy odkrycie i zbadanie, że płyn mózgowo-rdzeniowy u chorych na wiąd i porażenie postępowe zawiera znaczną ilość elementów komórkowych, natomiast prawidłowy, w innych psychozach lub zaburzeniach czynnościowych układu nerwowego elementów stałych nie zawiera prawie wcale. Oni też wypracowali metodę badania pleocytozy, która następnie w Niemczech zmodyfikowaną została nieco przez Nissla. Polega ta metoda na tem, że płyn w specyalnej probówce osadza się w wirownicy wodnej przez 3/4 godziny, a następnie płyn zlewa się do czystego naczynia do badania chemicznego. Po odlaniu płynu nie należy już prostować naczyńka, lecz trzymać je otworem na dół. Następnie należy odłamać koniec rurki włosowatej, pipetkę tę włożyć w środek otworu naczynia tak, aby nigdzie nie dotykała brzegów, aż do środka dna, gdzie wsysa ona sama część osadu. Zawartość pipetki wydmuchuje się powoli na 3 szkiełka przedmiotowe, tak, aby na każdem utrzymała się kropla około 2 mm średnicy. Należy unikać wydmuchiwania, przy którem by płyn strzykał z pipetki. Krople na szkiełkach zasusza się, następnie umieszcza na 1/2 godz. w mieszaninie wyskoku abs. z eterem aa, a następnie barwi fioletem metylowym, błękitem metylenowym (*polychromes Methylenblau*) (10 m.) lub innym barwikiem. Potem woda, alkohol, karbol, ksylol, balsam.

Francuzi przy powiększeniu 800 rozróżniają 3 stopnie pleocytozy:

1) reaction discrète 4—7 komórek
2) » moyenne 7—20 »
3) » grosse ponad 20.

Nonne i inni badacze niemieccy rozróżniają:

1) odczyn słabo dodatni 8—20
2) » dodatni 20—60
3) » silnie dodatni więcej niż 60.

Metoda Widala-Nissla coraz bardziej bywa zarzucana z powodu zarzutu, że nie utrwala ona należycie wszystkich komórek, a protoplazma większych komórek się rozpada. Próbowano temu zaradzić różnymi środkami utrwalającymi np. dodawaniem formolu, zalecanem przez Fischera, jednakowoż bez skutku. Poza tem przy metodzie francuskiej dostają się różnej wielkości krople z rozmaitą zawartością osadu. Wskutek tego tacy badacze jak Nonne, Apelt, Rehm i inni używają obecnie metody podanej przez Fuchsa i Rosentala i znanej metody kamerowej (Zahlkammermetode). Tutaj komórki liczy się w kamerze, zbudowanej na modłę kamery Thoma-Zeissa do liczenia krwinek. Do mieszalnika do liczby 1 wciąga się barwik (*Methylviolett 0,1, ac. acet. glac. 2,0, aq. destill ad 50,0*), a do liczby 11 — płyn. Następnie wpuszcza się kroplę zmieszanego z barwikiem płynu do kamery i zlicza komórki pod drobnowidem. Ilość komórek w 1 sześc. centymetrze płynu oblicza się następnie według empirycznej formuły $\left(\frac{A \cdot 11}{32}\right)$ gdzie *A* oznacza ilość komórek w kamerze; wynik wskazuje zawartość w 1 sz. ctm. płynu. Prawidłowa zawartość według tej metody wynosi 1—5 kom. w c. sz., »Grenzbefund« — 6—9 kom., patologiczne zaś wzmożenie wyżej 10 komórek. Zarzucano tej metodzie, że nie koncentruje ona, ale przeciwnie rozrzedza komórki w płynie. Badania porównawcze Rehma, na 150 płynach dokonane według obydwóch metod, nie wykazały jakiejkolwiek różnicy w ilościach komórek.

Pleocytoza w schorzeniach kiłowych układu nerwowego według badań Nonnego z jednej strony, a całego szeregu innych badaczy, jak Ravaut, Sicard, Nageotte, Schönborna, Fuchsa, Rosentala, Frenkla, Meyera, Nissla, Gerardta, Merzbachera, Kutnera, Henckela i Apelta przedstawia się według zestawienia Nonnego, jak to widać na tablicy I.

Tablica I.

Pleocytoza.

	Nonne		Inni	
	Ilość przypad.	%	Ilość przypad.	%
Dementia paralytica	92	97	331	90
Tabes dorsalis	101	96	95	95
Lues hereditaria	3	100	14	100
Lues III. C. S. N.	46	76	14	80
Lues II.	5	40	120	40
Luetycy	47	32	68	44
Tumor cerebri	9	40	14	65
Apoplexia	20	40	15	23
Sclerosis multiplex	18	23	15	24
Epilepsia	24	15	21	15
Alcoholismus	33	5	17	6
Psychozy bez kiły	22	0	94	7,5
Neurasthenia, hysteria	38	0	37	0
Zdrowi nerwowo	5	0	6	0

Widzimy (T. I.):

1) Najczęstszą jest pleocytoza w kile dziedzicznej układu nerwowego.

2) Wysoka jest odsetka przy wiądzie, porażeniu postępowem i kile trzeciorzędnej układu nerwowego.

3) Znacznie niższa przy kile drugorzędnej bez objawów nerwowych i w przypadkach przebytej kiły bez żadnych objawów.

Dalej:

4) Ze schorzeń pochodzenia nie kiłowego zdarza się przy

guzach mózgu, udarach mózgowych, stwardnieniu rozsianem, padaczce i alkoholizmie, ale w znacznie mniejszej odsetce.

Wreszcie:

5) Nie zdarza się u zdrowych, neurasteników, histeryków, i nie zdarza się wcale lub bardzo rzadko w psychozach pochodzenia niekiłowego. 400 nowych przypadków Nonnego i 600 przypadków Rehma z kliniki monachijskiej w zupełności te wyniki Nonnego potwierdziły.

Stąd wniosek: w porównaniu z ujemną albo też nizką pleocytozą w schorzeniach przyrody niekiłowej lub przy kile bez objawów nerwowych, pleocytoza zwiększa się ogromnie w razie zajęcia przez kiłę układu nerwowego.

Bliższe, nietylko ilościowe, zbadanie przypadków, podanych na tablicy I., wykazuje jeszcze co następuje:

1) Jakościowo w większości przypadków porażenia post., wiądu i kiły trzeciorzędnej układu nerwowego pleocytoza była silnie dodatnia, a mianowicie:

W 43	przypadkach	porażenia	39 razy	w	83%
» 28	»	wiądu	16 »	»	60%
» 30	»	kiły trzeciorzędnej ukł. n.	17 »	»	56%

2) Badanie kliniczne tych przypadków wykazuje, że pleocytoza występuje zupełnie wyraźnie, a nawet silnie dodatnio już w początkach choroby, a nawet w t. zw. niezupełnych postaciach wiądu i porażeniach post. (formes trustes, formes rudimentaires). Niezmiernie ciekawą statystykę pod tym względem, rzucającą w dodatku ciekawe światło na etyologię zaburzeń źrenicznych, podaje Nonne w tablicy II.

Tablica II.

Odosobnione zaburzenia źreniczne.

(21 przypadków Nonnego).

Lues	Pleocytoza	Faza I.
Pewny: 8 przyp.	6 P (+) 2 N (—)	5 P 3 N
Wątpliwy: 2.	1 P (silnie) 1 N	1 P (słabo) 1 N
Ujemny: 11.	3 P (b. słabo) 8 N	2 P (słabo) 9 N

Badanie postaci komórek w patologicznym płynie mózgowordzeniowym właściwie dopiero teraz zaczyna się rozwijać, kiedy zarzucono metodę Widala-Nissla, w rujnujący sposób wpływającą na protoplazmę komórek, a rozpowszechniono metodę Fuchsa i Rosentala, a zwłaszcza od czasu stosowania metody Alzheimera. Według metody Alzheimera wpuszcza się 50 kropli płynu do 96° wyskoku, wskutek czego białko się strąca. Strąt wraz z zamkniętemi w nim komórkami obrabia się, jak każdy inny preparat, alkoholem i eterem, zatapia w celoidynę, kraje na mikrotomie, barwi i bada.

Badania Alzheimera, Pappenheima, Rehma wykazały w prawidłowym płynie wyłączenie limfocyty. Leukocyty zdarzają się wyłącznie przy sprawach oponowych ropnych, ropniach, a czasami przy porażeniu postępowem po napadach udarowatych. Rehm obok limfocytów znajdował w postaciach nas tu zajmujących: komórki kratkowe (Gitterzellen), komórki z wakuolami, makrofagi, fibroblasty, komórki plazmatyczne. Zwłaszcza komórki kratkowe mają być obfite przy porażeniu postępowem.

Jednakowoż ścisłego rozgraniczenia komórek przy kile i bez kiły układu nerwowego dotychczas jeszcze niema.

Przedtem, zanim przejdziemy do badania chemicznego płynu, należy w krótkości streścić zapatrywania na pochodzenie pleocytozy. Czy zależy ona od podrażnienia opon, »irritation meningeale«, czy też nie? Stronnikami nieoponowego pochodzenia pleocytozy są Merzbacher i Nissl ze względu na to, że istnieje ona przy kile drugorzędnej i przy kile bez objawów, gdzie żadnego podrażnienia opon niema.

Skrajnym zwolennikiem natomiast teoryi oponowej jest Fischer. Na zasadzie sekcyi i badania drobnowidowego w 4 przypadkach porażenia postępowego, w których badanie pleocytozy odbyło się na krótko przed śmiercią, dochodzi on do wniosków, że

1) nietylko ilościowo, ale i jakościowo komórki płynu zależne są od stopnia nacieczenia opon dolnego odcinka rdzenia,

2) skład płynu niezależny jest od nacieczenia mózgowego.

Przeciw mniemaniu, jakoby nacieczenie opon było wynikiem pleocytozy, przemawia brak nacieczenia w korzonkach, które również są omywane płynem mózgowordzeniowym. Jednakowoż Nonne np. nie zgadza się, na zasadzie własnych doświadczeń, z tymi wywodami i badania Fischera wymagają sprawdzenia. Również nierozstrzygnięta jest sprawa, czy limfocyty i komórki plazmatyczne przechodzą samodzielnie do płynu, czy też wprost odpadają, jako bezużyteczne.

Badanie chemiczne płynu mózgowordzeniowego ważne jest ze względu na charakterystyczne zachowanie się białka pod względem ilościowym i jakościowym w schorzeniach układu nerwowego pochodzenia kiłowego.

Badania ogólnej ilości białka, opracowane technicznie przez Nissla i przeprowadzone przez dalszych badaczy, wykazały bezwzględne wzmożenie ilości białka przy porażeniu postępowem, wiądzie i kile trzeciorzędnej układu nerwowego. Metoda Nissla polega na zmodyfikowaniu probówki Essbacha w stosunku do małej ilości płynu.

Zachowanie się ilości białka wskazuje tablica III.

Tablica III.

Ilość białka (Nissl)	Przeciętna podziałek
Dementia paralytica	4·3
Dementia arteriosclerotica	4·0
Apoplexia	3·0
Imbecillitas	2·0
Dementia praecox	1·9
Psychoses man. depr.	1·6
Dementia senilis	1·3
Epilepsia	1·2
Zdrowy	1·8

Rehm znajdował nieco mniejszą średnią, mianowicie u zdrowych 1·4, u chorych na porażenie 2·9.

Wreszcie wyniki Nonnego, który obliczał białko według skali *pro mille*, uwidocznione są na tablicy IV.

Tablica IV.

Ilość białka (Nonne)	‰ Essbach
Dementia paralytica	0·5 — 2·5
Tabes dorsalis	0·5 — 1·0
Lues hereditaria	0·5 — 6·0
Lues II	0·5
Lues III	0·5
Luetycy	0·5 — 1·0
Neurasthenia	niżej 0·5

Co do jakości białka w prawidłowym i chorobowym płynie, dane do najostatniejszych czasów były sprzeczne i panowała różnolitość stosowanych metod. Nissl wyrzekł się zupełnie jakościowego określania białka. Rozchodzi się głównie o globuliny i albuminy. Rozgraniczenie ich polega na tem, że globulina rozpuszcza się tylko w rozcieńczonych rozczynach soli, albumina zaś i w średnio zgęszczonych. Globulina strąca się przez połowiczne nasycenie siarczanem amonu lub całkowite nasycenie siarczanem magnezowym. Po przesączeniu, lekkiem zakwaszeniu i gotowaniu strąca się albumina. Otóż pierwsi Guillani i Paraut, pracując z siarczanem amonowym, zauważyli niejednakowe zachowanie się tych 2 odczynów w płynach prawidłowych i płynach chorych na porażenie postępowe. Dalej pracowali w tym kierunku Henkel, Cimbal, Meyer, ale wielką zasługą Nonnego jest wypracowanie czułej chemicznej próby i ustalenie wyników dla kiły układu nerwowego.

Nonne, pozostawiając na boku sprawę ścisłego zupełnie ilościowego obliczania globulin i albumin w płynie mózgowordzeniowym, stwierdził przedewszystkiem

1) że albuminy znajdują się zarówno w prawidłowym jak i chorobowym płynie; zatem odczyn z gotowaniem, t. zw. u Nonnego faza II niema znaczenia rozpoznawczego,

2) Natomiast globuliny, osadzające się po podaniu siarczanu amonowego, czyli t. zw. faza I, zachowują się ujemnie, w trzeciorzędnej kile układu nerwowego dodatnio.

Technika tej próby Nonnego jest następująca, bardzo prosta: 2 cm sześc. nasyconego obojętnego rozczynu siarczanu amonowego i 85 grm *Ammon. sulfur. neutral. Merck* gotuje się aż do nasycenia ze 100 grm wody przekroplonej, studzi się i przesącza, dodaje się do 2 cm sz. płynu mózgowordzeniowego, po 3 minutach porównywa się probówkę z drugą, zawierającą czysty płyn. Płyn przy tym odczynie musi mieć odczyn obojętny lub słabo alkaliczny. Rozróżnia się następujące stopnie natężenia odczynu:
1) ślad opalizowania,
2) opalizowanie,
3) zmętnienie.

Jak się zachowuje faza I. Nonnego, wskazuje tabl. V.

Tablica V.

Białko. Faza I Nonnego.

	Ilość przyp.	%
Dementia paralytica	59	100
Tabes dorsalis	28	96
Lues hereditaria	3	100
Lues III Cf. N.	29	96
Lues II	5	20
Luetycy	36	0
Tumor extramedullaris	3	100
Abscessus cerebri	5	80
Sclerosis multiplex	11	45
Tumor cerebri	7	42
Sclerosis	3	33
Epilepsia	20	0
Alcohol. chr. z kiłą lub bez	16	0
Pseudotabes alcoholica	9	0
Zakażenia ostre	25	50
Psychozy bez kiły	19	0
Nerwice z kiłą lub bez kiły	25	0
Zdrowi	5	0

Widzimy:

1) Przy schorzeniach kiłowych i metakiłowych układu nerwowego odczyn daje niezmiernie wysoką odsetkę (przy porażeniu post. jest w 100%), z wyjątkiem kiły bez objawów, gdzie zachowuje się w odróżnieniu od pleocytozy ujemnie. Przy kile drugorzędnej zaś daje nizką odsetkę.

2) Daje również wysoką odsetkę przy schorzeniach pochodzenia niekiłowego, t. j. przy guzach pozardzeniowych i ropniach mózgu. Niższą zaś przy stwardnieniu rozsianem, guzie mózgu, stwardnieniu skombinowanem oraz przy ostrych zakażeniach.

3) Zachowuje się zupełnie ujemnie u zdrowych w psychozach, w padaczce i alkoholizmie w odróżnieniu od pleocytozy.

4) Zachowuje się ujemnie w nerwicach nawet z przebytą kiłą, co jest ważne dla odróżniania neurastenii u kiłowych od porażenia postępowego.

Zatem faza I. Nonnego jest próbą czulszą jeszcze od pleocytozy przy zajęciu przez kiłę układu nerwowego.

Zajmującem jest, jak się zachowuje faza I. w 21 przypadkach odosobnionych zaburzeń źrenicznych, zbadanych cytologicznie przez Nonnego i uwidocznionych na tablicy IV.

Wyniki są zgodne i rzucają ogromnie ciekawe światło zarówno na sprawę kiły w wywiadach, jak i na etyologię zaburzeń źrenicznych.

Wreszcie z najnowszych badań zasługują na uwagę badania Roemhelda przy niby-wiądzie pobłoniczym (*pseudotabes postdiphteritica*), gdzie znalazł on mierną pleocytozę, lekką fazę I. i silne wzmożenie ilości białka. Objawy te ustąpiły w miarę poprawy (2 przypadki). Badania te obalają wyłącznie obwodowy charakter tych zaburzeń.

Należy jeszcze rozpatrzeć stosunek chemicznego i cytologicznego badania płynu mózgowo-rdzeniowego do biologicznej próby Wassermanna z tegoż samego płynu i z surowicy, które dla krótkości nazwiemy odczynem B. i A.

Na wzajemny ten stosunek wskazuje tabl. VI.

Tablica VI.

%	Pleocytoza	Faza I.	Wassermann A. z surowicy	Wassermann B. z płynu m. rdz.
Dementia paralytica	90—97%	100	90	90
Tabes dorsalis	96	96	90	50
Lues hereditaria	100	100	100	0
Lues III. C. S. N.	46—80	96	100	0

Przy porażeniu postępowem Nonne znajdował odczyn A. i B. w 90%. Jest to odsetka stosunkowo nizka. Ze statystyki wspólnej Wassermanna-Plauta, Morgenroth-Petita, Stertza, Mane-Levaditi, Ravaut-Petita, Edela, Mecera, Plauta, Lessera (zestawienie Wassermanna) obejmującej 351 przypadków, otrzymujemy zahamowanie hemolizy w 337 przypadkach, czyli w 96% Plaut w najnowszych 150 przyp. dostał dodatni wynik w 100%.

Odczyn B. z płynu mózgowordzeniowego zdarza się też w 90%—100%, idzie zatem równolegle z odczynem A, fazą I, i pleocytozą. Najczulszą jednak wydaje się być faza I.

Eichelberg w świeżej swej pracy (w Deutsche Zeitschrift f. Nervenh. T. 36, Z. 3. 4), w 61 przypadkach porażenia postępowego znalazł próbę B. —. 57 razy dodatnią, czyli w 95% (zgodnie z Nonnem).

Kafka wreszcie, który pracował nad odczynem B. w różnych postaciach porażenia postępowego, stwierdza, że jest on najprzydatniejszy w postaciach ze zniedołężnieniem, średnio długo trwających, zwłaszcza przy końcu i że zwolnienia na odczyn wpływu nie wywierają. Autor ten nie znajduje jednak zależności pomiędzy tym odczynem a pleocytozą.

Przy wiądzie: Nonne próbę A. znajduje w 90%, próbę B. tylko w 50%. Inni autorowie (Schütze, Citron, Fleischmann, Lapmann, Lederman, Stertz) na 170 przypadków dostali wynik dodatni w 124, czyli w 73% (zestawienie Wassermanna), nie rozgraniczając jednakże odczynu A. i B. Tutaj więc z wszystkich odczynów próba B. jest najmniej czułą. Eichelberg na 49 przypadków znalazł próbę B. w 27 dodatnią czyli w 55% (zgodnie z Nonnem).

Natomiast w trzeciorzędnej kile układu nerwowego odczyn B. zachowuje się ogromnie swoiście: w 10 przypadkach Nonnego z 3 pierwszymi próbami dodatniemi wypada ona stale ujemnie. Tak samo w 8 przypadkach Stertza. Poza tem Nonne w 6 innych przypadkach znalazł i ten odczyn dodatni. Eichelberg na 18 przypadków znalazł odczyn B. — 11 razy ujemny, 7 razy — dodatni. W każdym razie częste ujemne zachowanie się próby B. przy trzeciorzędnej kile układu nerwowego może służyć jako ważny czynnik rozpoznawczy dla kiły trzeciorzędnej układu nerwowego od schorzeń metakiłowych.

Wreszcie w kile dziedzicznej Nonne w 3 przypadkach, a Stertz w jednym znaleźli odczyn B. ujemny, co stoi w rażącej sprzeczności z 100% pierwszych 3 odczynów.

Plaut podał niedawno ciekawy przypadek serodyagnostyki, jeżeli można ją tak nazwać, rodzinnej: 13-letni chłopczyk, który jako osesek nasuwał już podejrzenie w kierunku kiły, dostaje wczesnego porażenia postępującego. Obydwa odczyny A. i B. dodatnie. Rodzice zaprzeczają kiły. Ojciec, ma się rozumieć, nie pozwolił się zbadać, matka wykazała jedynie odczyn A. dodatni. Z 4 innych dzieci: 1) głuptak, 2) umysłowo niedołężny, 3) zdrowe, 4) mając pół roku miało wysypkę kiłową. Badani wszyscy. Odczyn Wassermanna wypadł tylko ujemnie u trzeciej zdrowej dziewczynki.

Co do stosunku wszystkich 4 odczynów w niekiłowych porażeniach układu nerwowego, to doświadczenia są jeszcze bardzo skąpe i trudno z nich wyprowadzać jakiekolwiek wnioski. Jednakowoż w doświadczeniach Nonnego znajdujemy dwie niespodzianki.

1) Z 8 przypadków stwardnienia rozsianego bez żadnych danych co do kiły w 1 przypadku odczyn A. Wassermanna wypadł dodatnio, w drugim — odczyn B.

2) Z 9 przypadków padaczki w 5 wszystkie próby ujemne z wyjątkiem próby A. Wassermanna, która wypadła dodatnio.

W końcu wszystkie 4 próby u neurasteników, którzy przebyli kiłę, zachowują się w następujący sposób (Nonne): pleocytoza bywa mierną, faza I — absolutnie ujemną, Wasserman A — przeważnie — dodatni, Wassermann B — zawsze prawie ujemny. Eichelberg na 8 przypadków tylko raz miał wynik dodatni.

Z badań tych wynika, że odczyn Wassermanna B,

t. j. z płynu mózgowo-rdzeniowego jest wysoce charakterystyczny dla porażenia postępowego wówczas, kiedy próba Wassermanna A, t. j. z surowicy stwierdza jedynie u chorego przebytą kiłę.

Na zasadzie wszystkich poprzednich doświadczeń należy. stwierdzić:

1) Nakłucie lędźwiowe jest zabiegiem nieszkodliwym, o ile jest wykonywane z zachowaniem odpowiednich ostrożności.

2) Żaden odczyn nie jest poszczególnie charakterystyczny.

3) Wszystkie 4 próby dodatnie bezwzględnie stwierdzają kiłę.

4) Silnie dodatnia pleocytoza i faza I z wszelkiem prawdopodobieństwem przemawiają za schorzeniem kiłowem lub metakiłowem układu nerwowego.

5) Faza I i próba Wassermanna B z płynu mózgowo-rdzeniowego są bardzo charakterystyczne dla porażenia postępowego, gdyż wypadają ujemnie u neurasteników z przebytą kiłą.

6) Przy stwardnieniu rozsianem, każda z tych prób może zawodzić, nie było jednakże przypadku, ażeby wszystkie 4 wypadły dodatnio.

W ten sposób badanie płynu mózgowo-rdzeniowego ogromnie nas zbliża do pewnego rozpoznawania schorzeń układu nerwowego, powstałych na tle kiły.

W pewnym związku z poruszonym tematem stoją doświadczenia Spielmeyera nad śpiączką afrykańską. Spielmayer, badając histologicznie układ nerwowy w 4 przypadkach tej choroby, znalazł naczynia włoskowate i opony »wytapetowane« limfocytami i komórkami plazmatycznemi, obok ostrych zmian w komórkach. Znalazł i zmiany przewlekłe, wypadanie włókien i bujanie gleju. Stąd podobieństwo do porażenia postępowego. Poza tem Spielmayer i Mott znajdowali w t. zw. kile końskiej (Dourine), w której w ślad za zarażeniem pierwotnem następuje ogólna wysypka, a w końcowych okresach — niedokrwistość i porażenie, ziarniniaki i nacieczenia naczyniowe. Stąd znowu wniosek o podobieństwie do kiły ludzkiej. Jak wiadomo, t. zw. kiła końska jest postacią świdrowicy zwierzęcej, zaś śpiączka afrykańska jest świdrowicą ludzką. Świdrowce w rzędzie pierwotniaków stoją blizko krętków, a Dehandumowi udało się nawet spostrzegać formy przejściowe. Otóż Apelt badał płyn mózgowo-rdzeniowy psów, zarażonych świdrowcami i znalazł zarówno pleocytozę jak i fazę I Nonnego wtedy, jeżeli w okresie badania znajdowane były świdrowce we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, a zakażenie nastąpiło przed 4 tygodniami. Badanie histologiczne tych przypadków wykazywalo aczkolwiek nie wydatne, ale stałe nacieczenie limfocytami i komórkami plazmatycznemi. W razie potwierdzenia tych badań byłby jeszcze jeden dowód więcej, że pomiędzy świdrowicą a schorzeniami układu nerwowego, na tle kiły powstającemi, istnieje pewne pokrewieństwo.

Panu prof. Piltzowi za oddanie mi do rozporządzenia piśmiennictwa składam na tem miejscu podziękowanie.

Ciąża zewnątrzmaciczna, jej rozpoznawanie i wskazania lecznicze.

Napisał

Dr Stanisław Peszyński w Berdyczowie (Ukraina).

(Według wykładu w kijowskiem Tow. lekar. polsk.).

(Ciąg dalszy).

Leczenie ciąży zewnątrzmacicznej.

Odpowiednio do terminu i do stanu, w jakim znajdujemy ciążę zewnątrzmaciczną, zmieniają się też i wskazania do interwencyi lekarskiej. Z tego powodu rozpatrzymy zosobna wskazania lecznicze przy trwającej jeszcze i przy już przerwanej ciąży (pęknięcie i poronienie).

Leczenie trwającej ciąży. Każda kobieta, nosząca w sobie płód, leżący zewnątrz macicy, znajduje się w największem niebezpieczeństwie. Niebezpieczeństwo to zagraża jej niezależnie od wieku płodu, każdego dnia i każdej godziny. Dopóki płód nie przestanie żyć, wisi nad nią w każdej chwili niebezpieczeństwo pęknięcia worka płodowego i śmiertelnego krwotoku do jamy brzusznej. Niebezpieczeństwo zmniejsza się wraz z obumarciem płodu w nienaruszonym worku płodowym i tem bardziej zmniejsza się ono, im wcześniej śmierć płodu nastąpi i im wcześniej powstrzymany zostanie rozwój ciąży. Niebezpieczeństwo przestaje istnieć wtedy dopiero, gdy całe jajo płodowe czy to dzięki przemianom wstecznym, czy też wdaniu się leczniczemu, zostanie usunięte zupełnie.

Z powyższego wypływa program naszego działania.

Możemy wyczekiwać z wyborem czasu do interwencyi chirurgicznej, stosując się do indywidualnych odrębności każdego przypadku — możemy pozostawić rozstrzygnięcie pytania co do czynnego lub też wyczekującego leczenia danego przypadku dalszej obserwacyi, nie narażając przytem chorej na wielkie niebezpieczeństwo — wszystko to jednak jest dopuszczalne tylko pod tym warunkiem, że ciąża się już przerwała, a przerwanie nie pociągnęło za sobą żadnych, zagrażających życiu objawów, któreby wymagały wdania się niezwłocznego.

Przeciwnie, byłoby sprzecznem z podstawami nauki, gdybyśmy, bodaj na czas krótki, pozostawili własnemu biegowi ciążę zewnątrzmaciczną, co do której mielibyśmy pewne dane lub też poważne podejrzenia, że ona trwa i rozwija się dalej. Dziś większość lekarzy zgadza się z zasadą wypowiedzianą przez Wirtha i Winkla, że »na ciążę zewnątrzmaciczną należy patrzeć jak na nowotwór złośliwy, który jak najwcześniej należy usunąć.«

Co się tyczy wyczekiwania do tego okresu ciąży, kiedy płód będzie już zdolny do życia samoistnego poza ustrojem macierzyńskim, to należy zestawić i rozważyć te nader małe widoki, jakie dla życia płodu przedstawia wyczekiwanie, oraz to wielkie i nieustannie wzrastające niebezpieczeństwo, jakie życiu matki zagraża. Większa część takich płodów umiera, nie dociągnąwszy do prawidłowego terminu. Pinardowi[6]) powiodło się zachować przy życiu tylko jeden płód, rozwijający się zewnątrz macicy. W dwóch przezemnie spostrzeganych przypadkach, w których płody dożyły do końca ciąży, jedna chora nie chciała poddać się operacyi i przepłaciła to życiem, drugą wczas wyprawiłem do kliniki, tam jednak opóźniono się nieco z wykonaniem operacyi i wydobyto płód donoszony ale nieżywy. Z drugiej strony niebezpieczeństwo, jakiem ciąża zewnątrzmaciczna zagraża życiu matki, z dnia na dzień się zwiększa wskutek możliwości pęknięcia, krwotoku, zapalenia otrzewnej, niedrożności jelit itp. A poza tem w ciągu dalszego trwania ciąży powstają nowe niebezpieczeństwa, wywołane tworzeniem się zrostów, nowych naczyń itp.

Przez wzgląd na to wszystko uznać należy trafność i słuszność zasady wczesnego usuwania z ustroju matki tego, że tak powiemy, »ciała wybuchowego«.

Starano się różnymi czasy o wyszukanie sposobów, zapomocą których możnaby było powstrzymać lub przerwać rozwój ciąży zewnątrzmacicznej. W tym celu w r. 1849 Kiwisch na wzór Basedowa zalecał przekłucie worka płodowego od strony pochwy, żeby przez opróżnienie go wywołać śmierć płodu i zapobiedz pęknięciu z wylewem krwi. Nie mały odsetek kobiet, leczonych w ten sposób, zginął wskutek zakażenia lub wewnątrzotrzewnego krwotoku. W jednym przypadku, opisanym przez Frankla, w którym w 13 tygodniu, zapomocą przekłucia tylnego sklepienia usunięto 20 ctm. sześc. wód płodowych i wkrótce potem odeszła błona doczesna, płód przeżył ten zabieg i został wydobyty żywy w 32-gim tygodniu za pomocą cięcia brzusznego, które zresztą pociągnęło za sobą śmierć matki.

Jako pewny środek do zabicia płodu zalecono (najpierw Julin w r. 1863) wstrzykiwanie do worka płodowego rozczynu morfiny (0,03—0,04). Pierwsze próby stosowania tego sposobu przez Tarniera i Dunkana wypadły niepomyślnie, nieco lepiej powiodło się w r. 1880 Winklowi, który, zastosowawszy go w 10 przypadkach wczesnej ciąży zewnątrzmacicznej, stracił jednak 2 chore (20%).

Inny, współzawodniczący z tym sposób, zastosowany z powodzeniem przez Włocha Bruciego w r. 1853 przy trzechmiesięcznej ciąży, polega na zabiciu płodu zapomocą prądu elektrycznego. Sposób ten ma dotychczas jeszcze naśladowców w Ameryce północnej. Używają niekiedy prądu przerywanego, niekiedy stałego, przykładając jedną elektrodę do brzucha, drugą wprowadzając do pochwy. Cztery do pięciu posiedzeń mają wystarczać.

Wszystkie powyższe sposoby doczekały się równie ostrej, jak zasłużonej krytyki. Wątpliwem jest wielce, czy stosowano je za życia płodu, czy też po jego śmierci, zresztą, czy wogóle była w danych przypadkach ciąża zewnątrzmaciczna. Ostatecznie, śmiertelność w najpomyślniejszych oraz najpewniejszych z nich, jak prof. Winkla (20%), stawia te sposoby bez porównania niżej od wyników, osiągniętych w najnowszych czasach na drodze doszczętnego leczenia chirurgicznego. Nadto jeszcze wszyst-

---

[6]) l. c.

kie te sposoby nie usuwają zabitego płodu, który niezawsze, niestety, podlega spokojnemu wessaniu, lecz sprowadza niejednokrotnie niepożądany i dość niebezpieczny odczyn.

Myśl usunięcia w drodze operacyjnej worka płodowego wraz z żywym płodem w celu zapobieżenia jego pęknięciu, spotykamy już w dawniejszem piśmiennictwie, atoli połączone z cięciem brzusznem w okresie przedantyseptycznym wielkie niebezpieczeństwo, tudzież, uważane wówczas za niepokonane, trudności wczesnego rozpoznawania, sprawiały to, że myśl ta nie weszła w życie. Urzeczywistnił ją pierwszy Jan Veit w lutym r. 1884, usuwając drogą cięcia brzusznego, po dokładnem określeniu ciąży jajowodowej, cały worek płodowy wraz z żywym 11—12-tygodniowym płodem.

Rzeczywisty tryumf ginekologii operacyjnej powinniśmy widzieć we wdaniu się czynnem w przypadkach zagrażającego życiu wolnego wylewu krwi do jamy brzusznej (inondation peritoneale francuskich autorów), zdarzającego się, jak to już wiemy, częściej wskutek pęknięcia, cokolwiek rzadziej skutkiem poronienia. Obecnie uważać należy za zasadę powszechnie przyjętą nie dopuszczać, aby która z kobiet, dotkniętych ciężkim krwotokiem, wskutek jednej z wymienionych przyczyn ginęła bez zastosowania ratunku, jaki przedstawia operacya.

Winkel, na podstawie spostrzeżeń własnych i obcych, uważa za rzecz prawidłową operować natychmiast, gdy się zjawiają objawy ostrej niedokrwistości, a równocześnie objawy fizyczne wolnego wylewu krwawego, przekraczającego górną granicę jamy miednicy — mianowicie, gdy możemy dokładnie określić stłumienie odgłosu opukowego w dolnych i bocznych częściach brzucha, ponieważ w takich warunkach nadzieja samoistnego ustania krwotoku i otorbienia się krwi oraz uratowania życia chorej zdaniem jego są bardzo małe. Winkel zwraca przytem uwagę na okoliczność niezmiernie ważną przy rozbiorze wskazań leczniczych — że nagłe nastąpienie śmierci wskutek utraty krwi zdarza się w takich wypadkach bardzo rzadko, albowiem jednocześnie z upadkiem czynności serca wstrzymuje się na razie i krwotok, który, ma się rozumieć, może się potem ponowić z tego samego lub też z nowego przeżarcia lub pęknięcia, skoro tylko serce zacznie pracować lepiej. Pozostawione własnemu losowi, chore takie giną wskutek ponownych krwotoków, które mogą trwać całe godziny, a nawet dnie. Stąd wynika zdaniem Winkla, że z jednej strony mamy zwykle dość czasu do wykonania operacyjnego zabiegu ratunkowego, z drugiej zaś strony łatwo możemy narazić życie chorej na niebezpieczeństwo, jeżeli, pod wrażeniem pozornego polepszenia, wstrzymamy się od tego koniecznego zabiegu.

Na podstawie powyższego rozumowania, Winkel uważa za rzecz bezwarunkowo wskazaną i pewną, operować niezwłocznie, bez względu na zapad, skoro tylko dokonane są niezbędne do tego przygotowania. Winkel operował wielokrotnie po za szpitalem, przyczem chore przez długie godziny pozostawały w głębokim zapadzie, nieomal bez tętna. Naogół wszakże nie widzi Winkel konieczności operowania w mieszkaniu chorej, zdarzało mu się bowiem operować w klinice wiele chorych, przywożonych z miejsc dość odległych, przyczem nie odniósł wrażenia, iżby od tego stan chorych pogarszał się. Wszelkie niedogodności, połączone z przewiezieniem chorej, opłacają się w znacznej mierze warunkami aseptyki oraz udogodnieniami technicznemi, jakie się ma w szpitalu.

Leopold[7]) różni się od Winkla w poglądzie swym, wypowiedzianym na posiedzeniu Drezdeńskiego Towarzystwa ginekologicznego w d. 18 stycznia r. b. Radzi on, w razie grożącego życiu krwotoku, operować w najskromniejszych nawet warunkach otoczenia, natychmiast w mieszkaniu chorej, nie tracąc drogiego czasu na przewożenie jej do szpitala. Po dokonanem naprędce oczyszczeniu chorej, przy powierzchownem tylko znieczuleniu chlorkiem etylowym, robi Leopold cięcie brzuszne wzdłuż linii białej, następnie, dając do wziewania kilka kropel eteru, przewiązuje pęknięty jajowód, poczem usuwa z jamy brzusznej tyle tylko krwi, ile się daje usunąć naprędce. Bez względu na niedostateczne uśpienie operacya kończy się prędko i stan chorej rychło się poprawia.

Co się tyczy dostępnej mi statystyki operacyjnego leczenia ciąży zewnątrzmacicznej, to postaram się przytoczyć ją w porządku chronologicznym. Tak Seydel w swej rozprawie[8]) na 90 przypadków, operowanych w klinice berlińskiej, z powodu wolnego wylewu krwi do jamy brzusznej, podaje 77 wyzdrowień i 14,0% śmiertelności.

[7]) Centralbl. f. Gynaekol. Nr 27, 1908, S. 886.
[8]) Dissertation 1903. Berlin.

A. Martin[9]) dopełniwszy przypadki, zebrane przez Schautę, własnymi 75, oraz zebranymi z piśmiennictwa do roku 1890, narachował 626 przypadków. Z nich w 255 stosowano wyczekujące leczenie, przyczem

wyzdrowiało 36,9%
zmarło 63,1%

Na 371 operowanych

wyzdrowiało 76,7%
zmarło 23,3%

W klinice monachijskiej[10]) Winkla było 120 przypadków, przyczem 2½% śmierci.

Eberlin[11]) zdawał sprawę w sekcyi ginekologicznej X. Zjazdu im. Pirogowa w Moskwie z 60 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, z których w 44 dokonał cięcia brzusznego, przyczem umarła jedna, co stanowi mniej niż 2%.

W tejże sekcyi Nawikow z kliniki ginekologicznej Sniegirewa w Moskwie mówił o 90 przypadkach, spostrzeganych w ciągu roku 1906, z których 35 operowano, przyczem 6,7% śmierci.

A. Wagner[12]) na 32 przypadki ciąży zewnątrzmacicznej operował 26 i stracił jedną chorą.

Nikołajew[13]) na zeszłorocznym II. Zjeździe rosyjskich ginekologów w Moskwie podał wiadomość o 173 przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej z kliniki Otta w Petersburgu, z których 42 leczono wyczekująco (chore opuściły szpital w dobrym stanie zdrowia), 127 operowano, z nich 64 przez laparotomię [6 przypadków śmierci (9,4%)], 63 przez kolpotomię tylko, w 2 zaczęto przez kolpotomię, a zakończono przez laparotomię.

Na posiedzeniu Towarzystwa położniczo-ginekologicznego w Berlinie 25 paźdz. 1907 Makenrodt[14]) zawiadomił o operowanych przez siebie 132 przypadkach wczesnej ciąży jajowodowej, 53 przez cięcie brzuszne, 79 tylko przez kolpotomię; zmarło 3,7%. Na temże posiedzeniu Buman[15]) zdał sprawę ze swoich 228 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, z których 153 operował drogą brzuszną, 75 pochwową; zmarło 4, t. j. 1,7%. Po nim zawiadomił Brösse[16]) o swoich 60 przypadkach: 50 kolpotomii, 10 laparotomii, bez śmiertelnego zejścia. Następnie Koblank[17]) referował o operowanych przez siebie 76 przypadkach ciąży jajowodowej; na to wypadło 6 śmierci, t. j. 7,8%.

Ortmann[18]) operował drogą pochwową 57 przypadków, stracił jedną chorą, co wynosi 1,7%.

Prymaryusz oddziału ginekologicznego kijowskiego szpitala Aleksandryjskiego Pisiemskij[19]) doniósł mi osobiście, że w przeciągu ostatnich lat pięciu spostrzegał w samym tylko szpitalu 84 przypadki ciąży zewnątrzmacicznej, z których operował 62 (59 przez cięcie brzuszne, 3 przez kolpotomię), przyczem zmarło 4 po cięciu brzusznem, co stanowi 6,4%.

Co do operacyi, to większość ginekologów, w tej liczbie Olshausen i Winkel — wykonuje laparotomię, zaś mniejszość, do której należą Dührssen, Makenrodt, Orthmann, Strassmann i inni, oddaje pierwszeństwo tylnej lub przedniej kolpotomii. Wyższość cięcia brzusznego polega na możności szybkiego dostania się do źródła krwotoku, dokładniejszego obejrzenia pola operacyjnego, staranniejszego wykonania zabiegu operacyjnego, oraz bardziej celowego przeprowadzenia wszelkich możliwych, w przebiegu operacyi powstających, zabiegów w pozostałych częściach narządu rodnego. Nader ważne jest zresztą i to, że przy laparotomii daleko łatwiej usunąć nagromadzoną w jamie brzusznej krew, a przedewszystkiem skrzepy. Obaw co do możności wstrząsu przy cięciu brzusznem większość ginekologów wcale nie podziela.

Następstwa niedokrwistości ostrej należy leczyć jak przed, tak i po operacyi według przyjętych ogólnie zasad.

(Dok. nast.).

[9]) Handb. d. Gynaecol.
[10]) l. c.
[11]) Практичаская медицина 1907.
[12]) Zentralbl. f. Gynack. Nr 15, 1908.
[13]) Ibid. Nr 23 — 1908.
[14]) [15]) [16]) [17]) [18]) l. c.
[19]) Komunikat osobisty.

Medycyna wewnętrzna.

Schenck i Tecklenburg. **O sposobie badania sprawności ruchowej żołądka zapomocą śniadania, złożonego z sucharka tłuszcz zawierającego według metody Straussa-Lewy.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 7). Zasada tej metody polega na wprowadzeniu do żołądka pokarmu, który w żołądku nie jest chłoniony; takim pokarmem są tłuszcze. Prócz herbaty spożywa zatem badany sucharek ze stałą, w nim zawartą ilością tłuszczu (masła). Po godzinie wydobywa się zawartość zapomocą wyciskania lub aspiracyi i tej porcyi pierwszej używa się do oznaczenia chemizmu żołądka. Drugą porcyę otrzymujemy, wypłukując żołądek odmierzoną stałą ilością wody. W obu porcyach oznaczamy ilość tłuszczu zapomocą refraktometru Wollnyego. Różnica ilości tłuszczu wprowadzonego, oraz pozostającego w żołądku po godzinie jest miarą jego ruchowej sprawności. *Dr M. Godlewski.*

Prof. L. Kuttner. **Rozpoznanie i leczenie raka żołądka, nie nadającego się do operacyi.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1909, Nr 2). Jako znamiona, pozwalające lekarzowi wystąpić z przypuszczeniem nowotworu żołądka, uważa autor, pomijając podeszły wiek chorego, nagłe wystąpienie u dotychczas zdrowego zawsze na żołądek człowieka objawów żołądkowych, nagłe pogorszenie się łaknienia. Mniejsze znaczenie przypisuje dziedziczności, skłonności do występowania raka po przebyciu wrzodu okrągłego, dalej powiększeniu gruczołów nadobojczykowych lewych. Badanie guza może sprawę rozjaśnić, przyczem K. radzi badać w ciepłej kąpieli, przy guzach w dnie lub podżebrzu lewem, ułożywszy chorego na bok prawy. Zwraca uwagę na znaczenie t. zw. ruchomości wydechowej guzów żołądka, niezrośniętych z wątrobą. Najpewniejsze dane daje badanie zdolności ruchowej i wydzielniczej żołądka. Przytem obecność lub brak kwasu solnego niema rozstrzygającego znaczenia, również jak i brak zastoiny. Skłonność do krwawień cechuje raka, to też stałe wykazywanie krwi w stolcach lub wymiocinach przemawia za nim, stałe wyniki ujemne przeciw niemu. Za nowotworem przemawiają przy braku zastoiny obecność w treści wydobytej naczczo pierwotniaków (Cohnheim) ropy, wreszcie według Salomona i innych obecność większych ilości białka w treści przepłuczynowej czczego żołądka, jakoteż wysoka jej wartość azotowa. Dalej wyświetla niejednokrotnie wątpliwości zdjęcie rentgenowskie. Leczenie swoiste czy to kankroiną Adamkiewicza, czy radem, czy metodą fulguracyjną Keating-Harta, podawanie pankreatyny lub proteolitycznego zaczynu, pozostaje bez wyniku, a jesteśmy skazani na leczenie czysto objawowe, polegające na poprawie łaknienia (*macer. corticis Condurango*), przepłukiwaniu żołądka zaczynami, środkami odkażającymi i t. p. *Dr Skórczewski.*

S. Lewicki i Z. Szczepański. **Badania nad działaniem wody krościeńskiej.** (*Tygodnik lekarski.* 1907. Nr 16). Rozbiory chemiczne i doświadczenia kliniczne, przeprowadzone przez autorów, uprawniają do wniosku, że pod wpływem podawania wody krościeńskiej zwiększa się ilość wydzielanego moczu, zmniejsza kwasota tegoż moczu, nie raz aż do oddziaływania zasadowego, a wreszcie zwiększa się ilość wydzielonych w moczu składników stałych. Wynikałyby stąd wskazania do stosowania wody krościeńskiej, jako wody leczniczej, a mianowicie podawać ją należy w przypadkach, w których zależy na zwiększeniu ilości dziennej moczu, zmniejszeniu kwasoty moczu, w końcu wyługowaniu z ustroju zalegających w nim produktów przemiany materyi. Wreszcie może woda krościeńska służyć jako znakomity napój dyetetyczny, działając w pewnym stopniu zapobiegawczo przy naszym obecnym sposobie żywienia się przeważnie mięsem. *W.*

Cohnheim. **Pierwotniaki przy niezłośliwych chorobach żołądka i nowotworach. Uwagi nad zapaleniem jelit pochodzenia pierwotniakowego.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 3). W 6 przypadkach raka przełyku (2) lub żołądka (4) i w jednym przypadku zaniku błony śluzowej żołądka znalazł autor w ropnej treści naczczo żywe pierwotniaki z gatunku rzęsistków (*trichomonas*), rzadziej wielkouśćców (*megastomą*). W treści zastoinowej przy zwężeniach nowotworowych odźwiernika nigdy C. pierwotniaków nie znajdował. Autor sądzi, że znalezienie pierwotniaków przemawia bardzo za złośliwą przyrodą cierpienia żołądka, mimo że wyjątkowo i w niezłośliwych cierpieniach mogą się pierwotniaki znajdować, kto wie, czy nie wskutek dostawania się treści z dwunastnicy do żołądka. Autor zapatruje się sceptycznie na pierwotniakowe pochodzenie biegunek, jedynie wydaje mu się chorobotwórczym szparkosz (*balantidum coli*) i to w wyjątkowych okolicznościach, gdy znajdować go można w błonie śluzowej w obrębie wrzodów u ludzi, stykających się z materyałem zakażonym (rzeźnicy w Finlandyi, Szwecyi) i dotkniętych zmniejszonem wydzielaniem soku żołądkowego (alkoholizm). Dokładne badania stolców mogłyby tę sprawę rozświetlić. *Dr Skórczewski.*

Dold i Dr fil. Harris. **Pięć przypadków zatrucia trójfosforkiem wodoru, w których znaleziono przecinkowce, podobne do cholerycznych.** (*Deut. med. Wochenschrift* 1909, Nr 6). U 5 rosyjskich wychodźców, podczas podróży morskiej po krótkiej chorobie, objawiającej się bezprzytomnością i wymiotami, nastąpiła śmierć. Z silnie przekrwionych i pokrytych śluzem jelit wyhodowano przecinkowce, zachowujące się na pożywkach zupełnie podobnie do cholerycznych, jednak nie dające odczynu Pfeffera i nie aglutynowane przez surowicę swoistą. Dalsze badania wykazały, iż robotnicy owi mieszkali tuż przy magazynach, zawierających zapasy krzemianu żelaza. Doświadczenia chemiczne z tą substancyą wykazały, że zwilżony krzemian wydziela trójwodorek arsenu w niewielkiej, a trójwodorek fosforu w znacznej ilości. Zwierzęta, zamknięte w naczyniach z krzemianem żelaza, ginęły, o ile był on zwilżony. Za przyczynę śmierci u owych wychodźców należy przyjąć otrucie PH_3. *Dr Skórczewski.*

Ackermann: **Występowanie liszki motyla „Aglossa pinguinalis“ w jelitach.** (*Deut. med. Wochenschrift* 1909 Nr 3). Autor spostrzegał w kale $3^1/_2$ letniego chłopca żywą liszkę motyla »aglossa pinguinalis«; liszka, jak brak barwika w niej wskazywał, przebywała pewien czas w jelitach dziecka; dostała się tam prawdopodobnie przypadkowo przy spożywaniu masła. *Dr Skórczewski.*

Messerschmidt. **W sprawie klinicznego wykazywania krwi w kale.** (*Münch. med. Woch.* 1909 Nr 8). Zdaniem autora można próbę gwajokolową zużytkować rozpoznawczo jedynie wtedy, gdy wypada dodatnio; ujemny wynik niczego nie dowodzi, gdyż znane są przypadki, gdzie mimo niewątpliwych śladów krwi próba ta wypadła ujemnie. Za zupełnie pewną próbę uważa autor próbę benzydynową, wykonaną w sposób następujący: *a)* Sporządzamy zawsze świeży rozczyn benzydyny w kwasie octowym zgęszczonym; *b)* W 2 cm wody z dodatkiem kilku kropel kw. octowego zgęszczonego, rozcieramy grudkę kału wielkości ziarna grochu; *c)* Do 3 kropel rozczynu tego (b) dodajemy 1 cm $3^0/_0$ H_2O_2; *d)* Do rozczynu poprzedniego (c) dodajemy 1·2 cm odczynnika (a). W razie obecności krwi powstaje barwa zielona, a gdy krwi jest więcej — niebieska. *Dr Maryan Godlewski.*

Eichler i Schirokauer. **Odczyn Cammidgea.** (*Berlin, klin. Woch.* 1909 Nr 8). Mocz psów, u których sztucznie wywołano zmiany trzustki, badano zapomocą odczynu Cammidge'a. U żadnego z nich odczyn nie był stale dodatni, mimo, że sekcya wykazała u wszystkich ciężkie zmiany w trzustce. U 2 chorych, których operowano, a którzy mieli: jeden przewlekłe zapalenie trzustki, a drugi zwyrodnienie tłuszczowe, odczyn ani razu nie był dodatni. *W. Kluger.*

Posner. **W sprawie występowania kępek żółtych przy przewlekłej żółtaczce.** (*Deut. med. Wochs.* 1909 Nr 3). U kobiety, cierpiącej od 8 lat na przerostową marskość wątroby z przewlekłą żółtaczką, rozwinęły się na powierzchni całego ciała i to szczególnie na drażnionych miejscach skóry kępki żółte (*xanthoma*). Kępki te występowały napadowo w towarzystwie silnego świądu. Obie odmiany: płaską (*x. planum*) i guzowatą (*x. tuberosum*) można było u chorej zauważyć. Dla objaśnienia tej choroby powołuje się autor na Potaina i Quiquauda, którzy uważali uogólnienie się kępek żółtych za zaburzenie w przemianie materyi i składanie niedostatecznie utlenionego jej produktu w tkankę skórną. Za przyczynę tego tłuszczowego zwyrodnienia uważają zwiększoną zawartość cholestearyny we krwi. *Dr Skórczewski.*

Neurologia.

Prof. Spiżarnyj: **W sprawie plastyki nerwów przy porażeniach nerwów twarzowych.** (*Russkij Wracz* 1908 Nr 25). Autor wylicza następujące sposoby połączenia odcinków nerwów w razie niemożności nałożenia bezpośredniego szwu nerwowego: 1) naciągnięcie odcinków nerwów; 2) sposób Letcevault (autoplasie nerveuse à lambaux): wytworzenie z obydwóch odcinków płatów, które pozostają połączone ze swymi

pniami zapomocą mostków, drugie zaś końce się zbliża i zszywa; 3) przeszczepienie nerwu: kawałek nerwu ludzkiego lub zwierzęcego przeszczepia się dla połączenia odcinków; 4) sposób Voclaira, — tubulizacya odcinków nerwowych, — wkłada się je w rurkę z odwapnionej kości; 5) sposób Assaky — połączenie odcinków nitkami z katgutu, przyczem nici te mają dać kierunek odradzającym się włóknom; 6) sposób Löbkera — resekcya kości w celu możliwości złączenia obydwóch końców; 7) sposób Letcevault (greffe nerveuse): wszywanie obwodowego odcinka nerwu w blizko leżący pień nerwowy o podobnej czynności. Ten sposób zastosowano przy porażeniach n. twarzowego, zszywając go z nerwem dodatkowym Willizyusza lub z nerwem podjęzykowym; przy dobrym wyniku zwykle następują ruchy współczynne, np. chory chcąc marszczyć mięśnie twarzy, podnosi ramię, ale z czasem zjawia się zróżniczkowanie ruchów. Polepszenia należy oczekiwać dopiero w kilka miesięcy po operacyi; jest ono możliwe nawet w kilkanaście lat po porażeniu. Który nerw lepiej jest brać do przeszczepienia (greffe nerveuse)? W statystyce Zevasa z 26 przypadków brano 19 razy n. dodatkowy, a 7 razy n. podjęzykowy. Nerw dodatkowy brano częściej dlatego, że porażenie tego mięśnia jest mniej ważne, niż np. porażenie mięśni n. podjęzykowego po jego nacięciu. Niektórzy jednak chirurdzy wybierają n. podjęzykowy z tego względu, że psychoruchowe ośrodki korowe n. twarzowego i językowego leżą blizko siebie i są prawdopodobnie połączone włóknami assocyacyjnemi. Ukrycie ruchów współczynnych przemawia na korzyść n. podjęzykowego, niedowład zaś języka — przeciw niemu. Bernhardt radzi zwracać uwagę na zajęcie chorego, u ludzi pracujących fizycznie oszczędzać n. dodatkowy. Autor zaś uważa za najbardziej celowy wybór tej gałązki n. dodatkowego, która idzie do m. mostkowo-sutkowo-obojczykowego, gdyż porażenie tego mięśnia nie jest zbyt ważnem dla ruchów głowy, a powstaje jedynie asymetrya szyi wskutek zaniku. Rodzaje operacyi są następujące: 1) Zupełnie przecięty odcinek obwodowy n. twarzowego łączy się z zupełnie przeciętym odcinkiem ośrodkowym nerwu wybranego dla połączenia. Brak: wybitny zanik w dziedzinie nerwu wybranego dla połączenia. Zaleta: brak ruchów współczynnych, chociaż są przypadki, gdzie te ruchy pomimo całkowitego przecięcia występują. 2) Wszycie odcinka obwodowego w nerw wybrany. Sposób ten rzadko może być urzeczywistniony z powodu trudności zbliżenia nerwów. Braki: n. twarzowy się nie poprawił, a wystąpiły znaczne zaburzenia w dziedzinie drugiego nerwu. Modyfikacya: nadcięty płat wszywa się w n. twarzowy. Wreszcie 3) oddzielną gałązkę lub cały nerw można wszyć w n. twarzowy, jak to praktykuje autor, który podaje przypadki wyleczenia zapomocą tego sposobu. Po operacyi działanie nerwu twarzowego nigdy nie poprawia się o tyle, aby mimika twarzy była zupełnie prawidłową. Czoła też nigdy chory marszczyć nie potrafi. Autor oblicza kazuistykę na 77 przypadków, w tem 43 przyp. z nerwem dodatkowym, 34 — z n. podjęzykowym. W większości przypadków skutek pomyślny. Autor zwłaszcza poleca swój sposób rozszczepiania nerwu twarzowego i wszywania weń centralnego odcinka nerwu. Wyniki — dobre, zarówno w przypadkach urazowych, jak i na tle gośćca. *Nelken.*

Giżden: **Zanik nerwu wzrokowego wskutek urazów głowy.** (*Wracz. Gaz.* 1907 Nr 21). Zanik nerwu wzrokowego po uszkodzeniach głowy należy do rzeczy rzadkich. W przypadkach tego rodzaju zwykle nie znajduje się ani blizn, ani ubytków kostnych, lub też są one tak nieznaczne, że trudno nimi wytłómaczyć tak poważne zaburzenie, jak zanik wzroku. G. podaje 3 własne przypadki. We wszystkich trzech po urazie głowy wystąpiły następujące objawy: 1) Zupełna ślepota jednego oka, która wystąpiła bezpośrednio po urazie. 2) Zanik n. wzrokowego przy prawidłowem zachowaniu się naczyń brodawki nerwu. 3) Brak bezpośredniego oddziaływania na światło odpowiedniej źrenicy przy zachowanem oddziaływaniu współczulnem. 4) Objawy mózgowe, utrata przytomności, krwawienie z nosa. — Objawy te wskazują przedewszystkiem na porażenie samego n. wzrokowego. Prawidłowe zaś zachowanie się naczyń nerwu, które, jak wiadomo, wstępują w jego trzon natychmiast po wyjściu nerwu z kanału wzrokowego w jamę oczodołu, wskazuje na porażenie po za miejscem wejścia naczyń, t. j. albo w kanale wzrokowym, albo w krótkiej części nerwu, leżącej między kanałem wzrokowym, a skrzyżowaniem (1 cm). Nerw wzrokowy został uszkodzony cały wskutek złamania podstawy czaszki, za czem przemawia przebyty uraz, objawy mózgowe, krwawienie z nosa. Przy złamaniach podstawy czaszki najczęściej pęka górna ściana oczodołu. Hoelder i Berlin podają, że górna ściana oczodołu pęka w 90% wszystkich złamań podstawy czaszki, w tem zaś ściana kanału wzrokowego w 60%. Pęknięcie może wywołać albo zupełne przerwanie nerwu wzrokowego albo też ucisk jego przez wybroczynę. W tym drugim wypadku wzrok w miarę wessania się wybroczyny może częściowo powrócić. W jednym z 3 przypadków G. chory po urazie ogłuchł nadto po tej samej stronie, po której wzrok utracił: w tym przypadku przeto pęknięcie podstawy czaszki przeszło przez kanał wzrokowy i część skalistą kości skroniowej. *Nelken.*

Cazarew. **Porażenie nerwu łokciowego po durze brzusznym.** (*Wracz. Gaz.* 1908. Nr 31). Autor podaje 5 własnych przypadków, spostrzeganych podczas epidemii duru brzusznego w Kijowie w r. 1907. Na zasadzie piśmiennictwa i tych przypadków wymienia autor wnioski następujące: Początek porażenia zjawia się zwykle w pierwszych dniach okresu wyzdrawiania po durze o ciężkim przebiegu z powikłaniem, lub też o przebiegu miernie ciężkim. Sprawa zaczyna się od bolów i parestezyi; w dziedzinie ruchów rzadko kiedy bywa porażenie zupełne, najczęściej niedowład; zaniki zjawiają się niezawsze; odczyn elektryczny upośledzony, a w $^1/_3$ przypadków znajduje się odczyn zwyrodnienia; zaburzenia czucia o rozmaitem natężeniu bywają w większości przypadków. Wyniki w przypadkach autora były dobre: w przeciągu 12—100 dni znaczne polepszenie. W przypadkach z piśmiennictwa — wynik niezbyt dobry. Z 10 przypadków — zupełne wyleczenie nastąpiło w 3, poprawa — w 3, bez wyniku — 4 przypadki. Autor zaznacza, że podczas poprzednich epidemii nie było ani jednego przypadku porażenia nerwu łokciowego, tłomaczy to charakterem epidemii 1907 r., niezwykle silnej z wysoką odsetką śmiertelności, z powikłaniami i ogromnym wpływem na ustrój nerwowy pod postacią stanu durowego (*status typhosus*), śpiączki, bredzeń i psychoz w następstwie duru. *Nelken.*

Prof. Köster: **Leczenie pląsawicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1909, Nr 1). Gdy przy pląsawicy ciężarnych, przy pląsawicy przedalbo poudarowej, leczenie zapomocą środków obniżających pobudliwość zapowiada niewielki skutek ze względu na poprawę cierpienia, a silne środki uśmierzające zaledwie usuwają najprzykrzejsze objawy choroby, to przeciwnie w pląsawicy zwykłej lekarz ma wdzięczne pole do leczenia. I tu po stwierdzeniu, że dany chory zapadł w rzeczywistości na prawdziwą pląsawicę »mniejszą«, której przypisujemy obecnie zakaźne czy toksyczne pochodzenie, która wikła się tak często z zapaleniem wsierdzia, po upewnieniu się, że nie chodzi o pląsawicę naśladowczą, tak często spotykaną u histerycznie usposobionych dzieci po zakładach szkolnych i pensyach, przystępujemy do właściwego leczenia, polegającego na usunięciu dziecka ze szkoły, a przynajmniej od zajęć piśmiennych, na poleceniu łóżka, albo bardzo umiarkowanego ruchu, na wzbronieniu napojów wyskokowych przy dyecie odżywczej, poleceniu lekkich zabiegów gimnastycznych. Lekowanie polegać ma na podaniu bromku sodu (1—3 gr.) lub bromglidyny, arszeniku w postaci rozczynu Fowlera lub wody arszenikalnej. K. nie uważa za stosowne podawania makowca, atoksylu, stosowanie prądu elektrycznego, miesienia; gorąco poleca ciepłe kąpiele. Przy przeciągającem się zdrowieniu zmiana miejsca pobytu, pobyt w górach, nad morzem, w miejscowości zdrojowej z solanką przywraca szybko zdrowie.

Dr Skórczewski.

Aronsohn. **Rzadki przypadek zboczenia płciowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1904. Nr 4). Autor opisuje ciekawy przypadek masturbanta z pokładem homoseksualnym, a zarazem fetyszystycznym, sadycznym i masochicznym. Części płciowe prawidłowo rozwinięte; mimo związku małżeńskiego, kilka lat trwającego, chory nigdy nie spółkował. Fetyszyzm w postaci pociągu do białego wykrochmalonego fartuszka był przy masturbacyi pierwszem zboczeniem czynności płciowej, następnie rozwinęły się urojenia homoseksualne, gdy chory, zamknąwszy oczy, starał się wyobrazić sobie siebie, jako dziewczynę gwałconą i męczoną. Za czasów swego pożycia małżeńskiego używał chory do wywoływania wrażeń płciowych, podniecony widokiem np. fartucha, włożywszy knebel do ust, bata, którym się okładał, lub dusił się rękami. Leczenie hypnozą okazało się bezskuteczne.

Dr Skórczewski.

Prof. Weber: **Leczenie opilstwa.** (*Deutsche med. Wochs.* 1909. Nr 7). Zapobiegawczo poleca W. wstrzemięźliwość zupełną u dzieci do pewnego wieku, jak również u osobników, obciążonych w tym kierunku dziedzicznie. Przestrzega przed przyzwyczajeniem do nadużywania wyskoku z winy lekarza przez podawanie go, jako leku sercowego przy chorobach przewlekłych. W. stwierdza uznany w obecnej nauce pewnik, że wyskok daje

się zastąpić w zupełności innymi lekami sercowymi, pobudzającymi łaknienie, obniżającymi pobudliwość itp. Leczenie opilstwa, zdaniem W., daje się przeprowadzić tylko w odpowiednio urządzonym zamkniętym zakładzie leczniczym, w którym od pierwszej chwili zabrania się choremu napojów wyskokowych. W. nie radzi używać środków, ułatwiających odebranie wyskoku. Przy obłędzie opilczym przestrzega W. przed środkami obniżającymi pobudliwość, jedynie podawanie paraldehydu, weronalu i chloralformamidu w skromnych dawkach, w ostateczności skopomorfiny lub duoizyny podskórnie może być uzasadnione. Zabiegi wodolecznicze łatwo mogą wywołać zaziębienie i tak częste u nałogowych pijaków zapalenie płuc; jedynie przedłużone ciepłe kąpiele (35° C na 4—6 godz.) działają silnie uspokajająco. Należy choremu podawać znaczne ilości kwaskowatych płynów w celu zmniejszenia pragnienia, unikać potraw silnie korzennych. Gdy objawy głodu wyskokowego miną, należy przykładem, wpływem psychicznym, poddawaniem działać na chorego w celu przyzwyczajenia do wstrzemięźliwości zupełnej. Jak uczy doświadczenie, trwać to powinno 1 rok do $1^1/_2$ — stale w zamkniętym zakładzie, przy pozostawianiu choremu coraz większej swobody, pod dokładnym naturalnie nadzorem. Wstrzemięźliwość człowieka, który był niegdyś nałogowym opilcą, musi być zupełna, jeśli nałóg opilstwa nie ma powrócić. *Dr Skórczewski.*

Doc. Suchanow. **O objawach kokainizmu.** (*Wracz. Gaz.* 1908. Nr 25). Objawy nerwowe i umysłowe wskutek przewlekłego zatrucia kokainą bywają dwojakie: 1) Omamy słuchowe, początkowo niewyraźne, dalej coraz wyraźniejsze o treści dla chorego nieprzyjemnej, są pierwszymi zwiastunami stanów paranoidalnych, z mniej lub więcej usystematyzowanemi urojeniami prześladowczemi, omamami i nieprzyjemnem samopoczuciem. Wszystkie te objawy przy leczeniu ustępują dość prędko. 2) Nieprzyjemne wrażenie w skórze i tkankach podskórnych: chory czuje pod skórą piasek, owady i t. d. Czucia te są tak typowe, że odrazu nasuwają myśl o przewlekłym kokainizmie. Znane są jednak przypadki, gdzie długotrwałe zażywanie kokainy w dużych dawkach żadnych objawów nie wywoływało. Suchanow zwraca również uwagę na stany tężcowe, z uczuciem zamierania serca, dusznością i t. d., które niejednokrotnie są wynikami kokainizmu. Sam podaje przypadek dotyczący chorej, która doszła do nadużywania kokainy przy bólu zębów i używała przez kilka lat do jednego grama na dobę. Wywołało to ogromne wyniszczenie u chorej, bez żadnych jednak objawów psychicznych z wyjątkiem lęku, zjawiającego się podczas wstrzymywania się od kokainy i znikającego natychmiast po jej zażyciu. Przeprowadzając porównanie pomiędzy przewlekłym kokainizmem i morfinizmem Suchanow podaje, że nagłe pozbawienie chorego kokainy nie wywołuje żadnych poważnych następstw dla ustroju, natomiast antotoksyny, zjawiające się w ustroju, przywykłym do morfiny, dają wybitne objawy ze strony serca i naczyń i nagłe usunięcie morfiny, zwłaszcza u chorego ze schorzałem sercem lub naczyniami, może wywołać poważne zaburzenia. *Nelken.*

Suchanow. **Psychastenia i alkoholizm** (*Russkij Wracz.* 1909, Nr 4). **Psychologia patologiczna indywidualnego alkoholizmu** (*Prakt. Wracz.* 1909, Nr 12). Badania nad psychologią osób, okazujących skłonność ku alkoholizmowi, mogą nam wyjaśnić niektóre ciemne strony tego chorobliwego pociągu.

W pierwszej swej pracy rozpatruje S. psychologię jednej grupy takich ludzi: alkoholików-psychasteników. Przez psychastenię (Pierre Janet) rozumie S. pewien rodzaj psychoneurozy, analogicznej do histeryi. Psychoneuroza ta przy wielkiej rozmaitości objawów zewnętrznych, jest jednak w zasadzie bardzo prosta i niezłożona. W osnowie jej leżą rozmaite wyobrażenia natrętne, które jednakowoż chory uświadamia sobie, jak coś odrębnego od swej jaźni. Spostrzeżenia, dokonane u całego szeregu osób, należących do rozmaitych warstw społecznych, przekonały autora, że te wyobrażenia natrętne powstają zawsze na gruncie charakteru lękliwo-hypochondrycznego. Alkoholicy-psychastenicy zaczynają pić wcześnie, w wieku młodym. U nich najjaskrawiej przejawia się wpływ otoczenia. Jako człowiek bez woli, psychastenik pije nie dlatego, żeby mu to sprawiało przyjemność, ale przez naśladownictwo, z bojaźni drwin i żartów towarzyszy. Często nawet wyskok budzi w nim wstręt. Jednakowoż z czasem spostrzega psychastenik, że wyskok oddaje mu pewne usługi: jego chwiejność i niezdecydowanie znikają, czuje się on swobodnym. Z biegiem czasu objawy psychastenii występują silniej i chory musi zwiększać dawkę wyskoku i częściej go używać. Tym sposobem dochodzi do opilstwa. Następnie rozpatruje S. nieprzyjemne uczucia, które opanowują alkoholika w okresie trzeźwości i przeprowadzając analogię między alkoholizmem a morfinizmem, nazywa taki stan głodem wyskokowym. Rzeczywiście tak w jednym, jak i w drugim przypadku, istnieje okresowe nadmierne wydzielanie z narządów gruczołowych (wymioty poranne, rozwolnienia, nieżyt dróg oddechowych itp. u alkoholika; skłonność do wymiotów, potów, łzawienie, kichanie itp. u morfinisty). Dawka wyskoku, morfiny, obniża lub nawet usuwa to nadmierne wydzielanie. Wobec tego mniema S., że opilstwo powrotne jest właśnie w pewnym stopniu wynikiem tego naruszenia czynności narządów gruczołowych.

W drugiej swej pracy, autor, zastanawiając się nad psychologią indywidualnego alkoholizmu wogóle, dochodzi do przekonania, że dotychczasowy podział alkoholizmu na przypadkowy, przewlekły i powrotny powstał na podstawie tylko symptomatologicznej, a nie przyczynowej. Tutaj należałoby zwrócić uwagę na psychologię tych przypadków i odróżnić typ psychasteniczny, histeryczny, rezonujący i padaczkowy. Najczęściej bywa alkoholizm wyrazem typu psychastenicznego, najrzadziej histerycznego. Taki pogląd na alkoholizm indywidualny, jako na objaw, który daje się spostrzegać przy rozmaitych, ale określonych brakach neuro-psychicznej organizacyi, może dać pewną racyonalną podstawę do leczenia alkoholizmu wogóle i do jego psychoterapii w szczególności. *L. Mańkowski.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XV. Posiedzenie naukowe d. 30. kwietnia 1909.

I. Kol. Progulski przedstawia i omawia przypadek **mongołowatości** u 4-letniego dziecka.

II. Kol. Turzański (Jarosław) wygłasza odczyt: **O nowej skombinowanej metodzie leczenia wiądu rdzenia w Iwoniczu,** która polega na wcieraniach szarej maści, kąpielach solankowych, wstrzykiwaniu sperminy Poehla i piciu wody ze źródła »Karola«. W dyskusyi zabierali głos: kol. Obtułowicz, Stauber, Prof. Halban, Mikulski. W dyskusyi zaznaczono, że spermina Poehla nie należy wcale do środków, któreby bezpośrednio wpływały na wiąd; znamy natomiast szereg innych zabiegów, jak miesienie, gimnastyka sposobem Fränkla, nie wspomniana wcale przez prelegenta; może też w wiądzie nastąpić pewne polepszenie jako następstwo odpoczynku, świeżego powietrza i ciepła. Metodzie przedstawionej przez prelegenta nie można przypisywać jakiegoś specyalnego leczniczego znaczenia. W odpowiedzi podnosi kol. Turzański znaczenie lecznicze sperminy przy równoczesnem stosowaniu innych środków; gimnastyki Fränkla mowca nie stosuje wobec braku odpowiednich przyrządów. *Nowicki.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie dnia 11/24 marca 1909 r.

Obecnych członków 36. Przewodniczy na początku posiedzenia S. Trzebiński, następnie K. Rumszewicz.

1) M. Łążyński przedstawia chorego chłopca 16-letniego, który wstąpił w maju 1908 do lecznicy z nowotworem jamy brzusznej. Podczas operacyi (laparotomia) okazało się, że guz tworzyły znacznie powiększone gruczoły krezkowe. Usunąć wszystkie zajęte gruczoły było niepodobieństwem. Wycięto część ich z dołu biodrowego prawego — (guz mniej więcej wielkości pięści). Rana zagoiła się doraźnie. Badanie drobnowidowe stwierdziło **mięsaka limfatycznego** (*lympho-sarcoma*). Po miesiącu chory opuścił lecznicę w stanie względnie niezłym, ale wkrótce znowu powrócił, skarżąc się na nieznośne bole w brzuchu, nudności, wymioty i zaparcie stolca. W prawym dole biodrowym macalny guz twardy, kształtu podłużnego, nieprawidłowego, bolesny na ucisk. Chory blady, wyniszczony. Bębnica brzucha znaczna, ruchy robaczkowe jelit bardzo wyraźne; zjawiska niedrożności jelit niezupełnej. Wobec rozpoznania nowotworu złośliwego o zabiegu operacyjnym doszczętnym mowy być nie mogło. Dla uśmierzenia bolów zaczęto stosować wstrzykiwania podskórne morfiny z atropiną, jednocześnie też wstrzykiwano kakodylan sodu. Dawki morfiny potrzeba było szybko zwiększać i wkrótce ilość leku, stosowana na dobę, dosięgła 30 strzykawek 1,0 3% rozczynu. W listopadzie utworzyła się w okolicy krzyżowej odleżyna. Wychudnięcie doszło do ostatecznych granic, wszelkie potrawy chory wymiotował; oddawanie moczu bo-

lesne *(stranguria)*; ciepłota podgorączkowa. W końcu atoli grudnia bole zaczęły słabnąć, ciepłota spadła do poziomu prawidłowego i jednocześnie guz zaczął się zmniejszać. Zaraz też zmniejszono dawkę morfiny. Odleżyna zagoiła się. W styczniu stan chorego znacznie się polepszył i w końcu tego miesiąca guz już nie dawał się wymacać. Próba Pirqueta dała wynik ujemny. Od tego czasu polepszenie postępowało stale, objawy zwężenia jelita stopniowo ustępowały, apetyt zwiększał się, waga wzrastała, skóra nabierała barwy różowej. W początku marca chory zaczął odbywać niewielkie przechadzki. Od trzech dni nie dostaje już morfiny i obecnie opuszcza lecznicę, czując się zupełnie dobrze.

Na przedstawionych preparatach drobnowidowych można spostrzegać obraz mięsaka limfatycznego — z zupełnem zniknięciem typowej tkanki gruczołu chłonnego. Wyzdrowienie, — o czem w danym przypadku jeszcze wyrokować zawcześnie, — a przynajmnicj ogromne **polepszenie** w chorobie, uważanej za nieuleczalną i wiodącą zawsze do fatalnego końca, jest bądź co bądź zjawiskiem niepospolitem. Jak mamy tłómaczyć dany przypadek? Być może, iż są sprawy chorobowe w gruczołach chłonnych, nie należące do prawdziwych nowotworów złośliwych, których jednak obraz mikroskopowy niczem się nie różni od mięsaka; może wywołuje takie sprawy jakiś zarazek, nieznany dotychczas bakteryologom. W takim razie polepszenie lub wyzdrowienie nie byłoby rzeczą nadzwyczajną. To jedno przypuszczenie. Być może, znowu, że otwarcie jamy brzusznej wywołało odczyn zapalny dobroczynny, który powstrzymał rozwój nowotworu, albo go zupełnie zabił, jak to daje się spostrzegać w gruźlicy. Znane są przypadki, kiedy zakażenie paciorkowcem róży niszczyło mięsaki. To jest drugie przypuszczenie. Wreszcie można przypuszczać, wprawdzie z mniejszym stopniem prawdopodobieństwa, że olbrzymie dawki morfiny wpłynęły na rozwój nowotworu, zatrzymując bujanie nowych komórek i wywołując wessanie obumarłych. Na uwagę zasługuje nadto w danym przypadku szybkie odzwyczajenie się od morfiny. Był tutaj bardzo ostry morfinizm, który daje się daleko łatwiej zwalczyć, niż przewlekły.

2) J. Garliński. **Kilka słów o rozwoju fizyatryi.** Prelegent zaznajamia słuchaczy z historyą powstania i rozwoju swego wzorowo i z komfortem urządzonego zakładu fizyatrycznego. Historya ta jest nader ciekawa, gdyż ściśle wiąże się z rozwojem fizyatryi, jako ważnej gałęzi wiedzy lekarskiej, na kresach wschodnich. Kiedy prelegent rozpoczynał swą działalność lekarską, w kraju wszechwładnie i wyłącznie panowało szablonowe stosowanie środków farmaceutycznych. Taki stan niesienia ulgi chorym nie mógł zadowolnić umysłów, patrzących na rzeczy krytycznie i trzeźwo. Należało szukać dróg mniej utartych, uprawiać rolę odłogiem leżącą, ale płodną. Dalej wypowiada prelegent kilka ciekawych a oryginalnych zdań, dotyczących czerpania z sił przyrody środków leczniczych, które na wzór alkaloidów roślinnych chciałby ochrzcić mianem alkaloidów fizyatrycznych. Zastanawia się nad teoryą prof. Skworcowa »o dynamizacyi w naturze«; roztrząsa wpływ duszy człowieka, której siedlisko upatruje we wszystkich komórkach ciała ludzkiego, na sprawność jego narządów i kończy swój wykład, zaznaczając, że w zakładzie jego jest jednem z głównych zadań — to właśnie dobroczynne oddziaływanie duszy na ciało.

3) J. Werbski. **Fizyoterapia współczesna, jej treść, zasady i dążności.** Prelegent w obszernym wykładzie daje szczegółowy obraz współczesnej fizyoterapii i jej stosunku do innych gałęzi wiedzy lekarskiej. Przemawia za potrzebą, a nawet koniecznością założenia Towarzystwa fizyatrycznego w Kijowie. Na zakończenie stwierdza fakt, że medycyna, jako sztuka leczenia, ustępuje stale i szybko miejsca sposobom zapobiegawczym i ochronnym, t. j. higienie w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu.

W dyskusyi zapytuje Sągajło, dlaczego prelegent (Werbski) pominął w swym odczycie tak ważne odłamy leczenia, jak system głodówek, organoterapię i seroterapię. Werbski odpowiada, iż nie wspomniał o systematycznem głodzeniu dlatego, że nie spotykał dotychczas prac, prawdziwie naukowych, poświęconych temu działowi terapii. Makowski przypomina, że dążenie do ogólnego leczenia chorego ustroju zapomocą sił przyrody, w medycynie naukowej już oddawna dawało się spostrzegać; nie można w żaden sposób uważać tego za zasługę wyłącznie nielicznych jednostek. Już w ostatnich dziesiątkach lat ubiegłego stulecia w dziale leczenia chorób zalecano na każdem prawie miejscu: słońce, czyste powietrze — górskie lub morskie, dobre odżywianie się, ruch na świeżem powietrzu, kąpiele, podróże i t. d. Ale niestety — stosowanie tych sposobów jest trudniejsze, niż zalecanie, gdyż chęci nasze najczęściej rozbijają się o brak środków materyalnych u chorych. Trzebiński dochodzi do wniosku, że kiedy się mówi o rozmaitych sposobach leczenia fizycznego, mimowoli powstaje pytanie, co jest podstawą choroby? Dzisiaj w gruncie rzeczy daje się zauważyć powrót do teoryi humoralnej dawnych lekarzy, t. j. staramy się wytłómaczyć sobie choroby nagromadzaniem się w ustroju ciał nieprawidłowej przemiany. Łążyński wyraża życzenie, aby w zakładzie fizyatrycznym, wzorowo urządzonym, równolegle z leczeniem prowadzono na szeroką skalę badania kliniczne chorych. Werbski sądzi, że takie badania mogą być prowadzone w klinikach lub szpitalach, w zakładach zaś prywatnych pociąga to za sobą tak znaczne koszta, że badania prawie uniemożliwia. Waryński ostrzega, że nie należy zbyt upraszczać spraw, odbywających się w ustroju ludzkim. Co do porównania fizyatryi z innymi sposobami leczenia, to jego zdaniem każdą metodę należy uważać za dobrą, jeżeli ona skutecznie uzdrawia chorego. Trzeba jednak pamiętać, że pierwszym obowiązkiem lekarza, jak i całych społeczeństw, jest stworzenie takich warunków, kiedy samo powstawanie chorób staje się rzadszem. Nie należy medycyny dzielić na odrębne dziedziny, — tak samo bowiem środki farmakologiczne działają na ogólną przemianę materyi, jak i zabiegi fizyatryczne. Te zabiegi nie są obojętne, ścisłe dawkowanie ich jest rzeczą bardzo ważną, gdyż łatwo choremu zaszkodzić można nieumiejętnem stosowaniem bądź światła, bądź wody, lub ciepła. Cichocki wyraża zdanie, że urządzenie badań klinicznych na chorych niezbyt wiele może kosztować, jeżeli wprowadzać je stopniowo i ograniczyć się z początku do prostszych środków badania, jak np. pomiarów ciśnienia krwi przy stosowaniu zabiegów wodoleczniczych. Sekretarz *M. Łążyński.*

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

V Uroczyste ogólne posiedzenie z dnia 5/18 grudnia 1908 r.

Obecnych osób 97. Przewodniczy prezes prof. Zaleski.

Prezes prof. Zaleski wita obecnych na posiedzeniu posłów do Dumy: p. Babiańskiego, p. Jarońskiego i dr. Rząda, przedstawicieli Sokoła Polskiego, uczącej się młodzieży, lekarzy wileńskich w osobie Dra Staniewicza, którzy przybyli dla uczczenia jubilatów.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

Prezes prof. Zaleski w imieniu Zgromadzenia zaprasza jubilatów: prof. Szawłowskiego, prof. Ziemackiego i dra Zakrzewskiego, aby zajęli przygotowane miejsca honorowe.

I. Prezes prof. Zaleski odczytał rzecz pod tyt.: »Zarys naukowej działalności jubilatów«. Mowca w przemówieniu swem scharakteryzował działalność lekarską i ogólno-społeczną każdego z jubilatów i imieniem »Związku« złożył im gorące życzenia. (Mowa wydrukowana w »Przeglądzie Lekarskim« Nr. 3 i 4 1909). Po przemówieniu prezes udziela głosu obecnym przedstawicielom, którzy przybyli dla powitania jubilatów. W imieniu lekarzy wileńskich przemawiał Dr Staniewicz; w imieniu studentów Polaków wojskowej Akademii lekarskiej w Petersburgu przemawiał p. Mikocki, od Polek słuchaczek kobiecego instytutu lekarskiego składała życzenia panna Adamowiczówna, od Sokoła Polskiego składał życzenia Dr Hattowski. W dalszym ciągu odczytano liczne depesze i listy: Od Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego (podpis. dziekan prof. Wachholz), od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego (podp. prezes Borzęcki), od Redakcyi »Przeglądu Lekarskiego« (podp. prof. Ciechanowski), od Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu (podp. prezes Chłapowski i Święcicki), od »Nowin Lekarskich«, »Medycyny i Kroniki Lekarskiej«, »Gazety Lekarskiej« (podp. Prószyński), od Polskiego Koła Adwokatów w Petersburgu (podp. Niedźwiedzki, Hłasko, Lewestam, Orłowski, Krzakowski), od Korporacyi młodzieży polskiej w Dorpacie, od Stowarzyszenia Polskiego w Dorpacie »Polonia« (podp. ks. Gedroyć), od profesorów Wydziału lekarskiego w Krakowie: Bochenek, Cybulski, Godlewski, Kader, Kostanecki i Talko-Hryncewicz; od prof. Popielskiego ze Lwowa, od prof. Wicherkiewicza z Krakowa, od prof. Orłowskiego z Kazania, od posłów do Dumy: Dra Harusewicza, p. Żukowskiego, od anatoma prof. Bohdanika, od prof. Akademii wojskowo-lekarskiej St. Przybyłka, od wdowy po b. prezesie b. Koła lekarzy polskich p. Strawińskiej, od p. Mierzejewskiej, od prof. Ptaszyckiego, od mecenasa Olszamowskiego,

od prof. Baudoin de Courtenay, od Dra S. Dzierżgowskiego, od prof. Pietrowa, od Dra Dłuskiego, od Doc. Noiszewskiego, od Ks. Okołokułaka, od Drów: Rzepki, Nowakowskiego, Zaczeka, Chruszczyńskiego, Birona, Markowskiego, Kiparskiego, Jakobsohna, Bachmetjewa i Goryniewskiego, od inż. Szapirera, od r. t. Onoszkowicza-Jacyny, od Doktorów z Wilna: Rudzki, Żukowski. Dębowski, Michniewicz, Minkiewicz, Węsławski, Hłasko, Rymsza, Bujalski, Maczewski; od Dra J. Szuberla (z Mińska lit.), inż. Półjanowskiego, od prezesa uczącej się młodzieży p. Marynowskiego, i wiele innych. Uchwalono jednomyślnie złożyć wszystkim w imieniu »Związku« podziękowanie.

II. P. Stanisław Wisłouch wypowiedział rzecz p. t.: **Zjawiska samoświecenia się u roślin** (z pokazami świecących się drobnoustrojów). Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za ciekawy odczyt.

III. Inż. Romuald Chmielewski: **O słonych jeziorach nadkaspijskich.** Wobec spóźnionej pory prelegent odczytuje tylko część swego odczytu, a mianowicie: »Przemysł solny na jeziorze Baskuńczackiem«. Na wstępie mowca zastanawia się nad ważnością soli w życiu ludzi, zwierząt i drobnoustrojów, podaje dane % wydobywanej soli w różnych państwach, następnie rozpatruje, w jaki sposób tworzy się sól. W zależności od różnorodnych sposobów tworzenia się jezior słonych znajduje się i różnorodna odsetkowa zawartość chlorku sodu w soli, tak np. sól z Baskuńczackiego jeziora zawiera chlorku sodu 94—97%. Dobywają tam sól w maju, póki znajduje się jeszcze ropa; pracują tu Kirgizi boso, bo żadne obuwie nie wytrzyma; u robotników tworzą się na nogach rany, które obficie zalewają kleiną. Obecność niewielkiej ilości ropy solnej jest niezbędna dlatego, bo nie byłoby gdzie przemywać soli; zima zaś jest nieodpowiednią dla dobywania soli, bo ropa sięga wysokości 3 stóp.

Opisawszy następnie sposób przewożenia soli, i podawszy dane o konsumcyi soli w Rosyi (16 miljonów pudów soli mielonej i 9 miljonów pud. twardej niemielonej, wyłącznie do solenia ryb), omawiał w końcu prelegent życie Kirgizów i Kałmuków, zamieszkałych w okolicach jeziora. Odczyt cały był objaśniony wielką liczbą pokazów widmowych. Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za ciekawy odczyt.

Prezes prof. Zaleski w imieniu Zgromadzenia jeszcze raz składa podziękowanie wszystkim delegatom, jak również osobom nieobecnym, które nie zapomniały o jubilatach.

W części administracyjnej posiedzenia dokonano wyborów nowych członków. Na rzeczywistych członków »Związku« jednomyślnie zostali obrani: Dr Niedźwiedzki, Inż.-chem. Edmund Nekanda-Trepka, Mag. farm. Bronisław Chonowski, Dr Władysław Tołwiński, Lek.-dent. Alina Baranowicz, Lek.-dent. Cecylia Żuk. Na członków korespondentów jednomyślnie obrano: Dra Edwarda Adamowicza, Dra Bolesława Jakimiaka, Dra Józafata Zaleskiego, Inż.-techn. Romualda Chmielewskiego.

Po posiedzeniu odbyła się uczta, w której uczestniczyło 80 osób, a w czasie której przemawiali: prof. Zaleski, posłowie do Dumy: p. Babiański i p. Jaroński, Jubilaci, prof. Merczyng, redaktor »Kraju« p. Kutyłowski, p. Ciechowski, p. Chrzanowski, p. Swirski, prof. Staniewicz, Jen. lejt. Gabriełowicz, Dr Bykowski, Dr Bacewicz i wielu innych.

Sekretarz *Zdzisław Sowiński.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W Warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich wygłosił dnia 28. kwietnia Dr H. Kucharzewski odczyt p. t.: **W sprawie lecznic warszawskich.** Prelegent rozesłał do lecznic ogólnych, specyalnych, oraz do domów zdrowia, połączonych z ambulatoryami płatnemi, kwestyonaryusz, ułożony wespół z kol. Sierpińskim i Łazarowiczem. Streszczając wyniki tej ankiety, dochodzi prelegent do wniosku, że w Warszawie jest około 10 lecznic ogólnych dla chorych przychodzących oraz kilkadziesiąt lecznic specyalnych wraz z ambulatoryami przy domach zdrowia. We wszystkich tych lecznicach lekarze udzielają rocznie przeszło 200.000 porad, z czego na lecznice ogólne przypada 160.000 porad. Licząc poradę średnio po 40 kop., otrzymujemy obrotu 80.000 rb. i około 60.000 rb. czystego zysku.

Po dyskusyi, która rozwinęła się na ten temat, przyjęto wnioski następujące: 1) Lecznice potrzebne są dla ludności warszawskiej. 2) Lecznice wpływają ujemnie na dochody ogółu lekarzy; pragnąc utrzymać lecznice, trzeba się starać, ażeby stan lekarski tracił jaknajmniej i przeto stopniowo podnosić taksę. 3) W lecznicach powinno być ogłoszone, że są one przeznaczone dla osób niezamożnych. 4) Opłata za poradę w lecznicach powinna być nie mniejsza od 50 kop.; cena ta powinna być przyjęta solidarnie przez wszystkie lecznice.

Dnia 6. maja odbyło się **zebranie ogólne** członków Stowarzyszenia lekarzy polskich. Przewodniczył zebraniu kol. Kozerski. Z przedstawionego sprawozdania zarządu widać, że Stowarzyszenie zajmowało się następującemi sprawami:

1) Kasa chorych lekarzy. Opracowano ustawę kasy z uwzględnieniem otrzymanych odpowiedzi na rozesłany kwestyonaryusz. Pod głosowanie poddano projekty opodatkowania członków kasy, wypracowane przez kol. J. Zawadzkiego, Szumlańskiego i Rosenberga; większością głosów przyjęto projekt kol. Szumlańskiego. Treść tego projektu jest następująca: Kapitał obrotowy tworzy się: a) z 5-rublowych wkładów, wpłacanych przez wszystkich uczestników kasy tytułem wpisowego; b) z opłat rublowych, wnoszonych przez wszystkich uczestników kasy, ilekroć kapitał pierwotnie złożony zmniejszy się o 1/3. Na koszta administracyjne wszyscy członkowie płacą rocznie rb. 1. Licząc przy 400 uczestnikach 1600 dni choroby i 4 ruble średniego odszkodowania, otrzymujemy 6400 rb. rocznie, t. j. po 16 rubli rocznie na każdego z uczestników. Członkami kasy mogą być wyłącznie członkowie S. L. P. w Warszawie. Członkowie ustępujący ze stowarzyszenia przestają być członkami kasy. Wysokość odszkodowania dziennego w razie choroby wynosi rb. 3 dla nieżonatych, rb. 5 dla żonatych lub dzietnych. Członek nie może brać odszkodowania dłużej, niż przez 100 dni. Delegaci kasy odwiedzają chorego co pewien czas.— Do zarządu kasy wybrano kol. Szumlańskiego, J. Zawadzkiego i Zerę, na ich zastępców: M. Flauma, St. Kopczyńskiego i J. Kiełkiewicza, na delegatów: Borzymowskiego, Kaczkowskiego, Knappego, A. Landaua i K. Wisłockiego.

2) W sprawie taksy lekarskiej ma być zwołane nadzwyczajne ogólne zebranie.

3) Biuro adwokackie (wydział należytości). Zebranie ogólne przyjęło projekt, opracowany przez kol. Łazarowicza i Chełchowskiego. Celem wydziału należytości jest ściąganie zaległych honoraryów lekarskich w przypadkach, gdy dłużnik wzbrania się je zapłacić. Do zarządu wydziału wybrano: W. Knappego, K. Lublinera, K. Łazarowicza i J. Świętochowskiego.

4) Zarząd zwrócił się do Magistratu z przedstawieniem o przyznanie lekarzom szpitalnym biletów wolnej jazdy tramwajami miejskimi. Wskutek tego przedstawienia lekarze szpitalni, pracujący bez pensyi, otrzymali po 90 rb. rocznie. Również zwrócono się do Magistratu z projektem utworzenia posad asystentów płatnych przy szpitalach warszawskich.

5) W roku sprawozdawczym utworzono przy Stowarzyszeniu Wydział dla spraw szpitalnictwa, pod przewodnictwem kol. Sadowskiego.

6) Komisya wyborcza przyjęła w poczet członków w roku ubiegłym 37 kolegów (ogólna liczba członków stowarzyszenia wynosi obecnie 397).

7) Sąd koleżeński odbył 32 posiedzenia i osądził 8 spraw. Na miejsce ustępujących członków sądu wybrano: J. Bączkiewicza, Kamockiego, Łapińskiego, Męczkowskiego i Wisłockiego.

8) Koło lekarzy szkolnych odbyło pod przewodnictwem kol. St. Kopczyńskiego 10 posiedzeń miesięcznych i jedno nadzwyczajne w sprawach higieny szkolnej.

9) Wydział dla spraw bytu lekarzy odbył pod przewodnictwem kol. J. Zawadzkiego 7 posiedzeń i zajmował się głównie sprawą ustalenia taksy lekarskiej.

Nadto w Stowarzyszeniu czynne były: biuro pośrednictwa pracy i komisya gospodarczo-towarzyska. Ruch towarzyski ożywił się po przeniesieniu do nowego lokalu (Widok 23). Lokal ten składa się z 8 pokojów, oświetlonych elektrycznością i połączony jest windą z niżej położoną restauracyą.

Bilans Stowarzyszenia zamyka się sumą 6439 rb. 84 kop. przyczem dochody przewyższyły wydatki o 949 rb. 7 kop.

Prezesem Stowarzyszenia był ś. p. kol. Dunin, wiceprezesem kol. Nusbaum, sekretarzem Bronowski, skarbnikiem A. Przyborowski, gospodarzem lokalu Szumlański. Na miejsce ustępu-

jących członków zarządu wybrano S. Bronowskiego (ponownie), Chełchowskiego, Kamockiego, Puławskiego i Rzętkowskiego, na zastępców St. Kijewskiego i Korybut-Daszkiewicza. Zarząd ukonstytuował się w następujący sposób: na prezesa wybrano Dra Nusbauma, na wiceprezesa Dra Chełchowskiego, na sekretarza Dra Łazarowicza, na gospodarza Dra Reutta; skarbnikiem pozostał nadal Dr Przyborowski, bibliotekarzem Dr Leśniowski.

W. Knappe.

Posada dla wdowy po lekarzu. Kolega 60-letni, mieszkający zagranicą, poszukuje dla pomocy w gospodarstwie i towarzystwa osoby starszej (40—50 lat), inteligentnej, muzykalnej, znającej się na gospodarstwie domowem, zdrowej. Posada przeznaczona jest dla wdowy po lekarzu, bezdzietnej, Polki (służba w domu jest polska). Warunki: odpowiednie wynagrodzenie, koszta podróży na miejsce, wszelkie wygody, stanowisko w domu, jak krewnej. Zgłoszenia zaraz do Zarządu Towarzystwa lekarskiego (Kraków, Radziwiłłowska 4). Koledzy, którzyby znali odpowiednie, pomocy potrzebujące kandydatki, raczą zwrócić ich uwagę na tę posadę i donieść o nich Towarzystwu lek. krakowskiemu. *R.*

Zadania lekarza szkolnego omawia Doernberger w »Münchener med. Wochenschrift« Nr 17. Zadania lekarza szkolnego są tak rozległe, że nie można obarczać nimi dodatkowo innych, np. rządowych lekarzy, lecz należy stwarzać osobne »szkolne« posady, bo tylko wtedy lekarz spełniać może dobrze i sumiennie swoje zadanie. Lekarz szkolny dbać musi o higienę nauki, sal szkolnych, o odpowiednie rozrywki i ćwiczenia fizyczne, dalej badać musi dzieci, po raz pierwszy wstępujące do szkoły. Dotąd kierowano się zwykle szablonem, że dziecko w 6. roku życia jest już zdatne do szkoły. A jednak obecnie doświadczenie poucza, że tak jest niezawsze, bo gdy niektóre dzieci już w 4. lub 5. roku życia są już odpowiednio rozwinięte, to znowu inne zaledwie w 7. roku, a nieraz i później dopiero odpowiednio się rozwijają. Prócz tego lekarz szkolny badać musi od czasu do czasu wszystkie dzieci w danej szkole, usuwać niedokrwiste, gruźlicze i t. p., dbać o stan uzębienia, oczu, słuchu i sposób trzymania się dzieci. Zapobiega się przez to wielu chorobom. Lekarz szkolny pouczać powinien o higienie rodziców i nauczycieli i dbać o sferę płciową dzieci. Tutaj stać się on może najodpowiedniejszym doradcą i powiernikiem młodego pokolenia. Oczywiście lekarz szkolny powinien posiadać odpowiednie warunki, a więc być wykształconym w pedyatryi, higienie i pedagogii. Tym zadaniom nie sprosta lekarz, mający właściwie głównie co innego do roboty i jedynie lekarz szkolny, odpowiednio wynagradzany, służyć będzie sprawie należycie i z pożytkiem. *X.*

Celem zwalczania partackiej reklamy proponuje »Il Policlinico« zakazanie polecania środków, które mają rzekomo leczyć przypadki, uznawane przez świat lekarski za nieuleczalne, dalej zakazanie takich ogłoszeń, które znany środek w ten lub inny sposób starają się wmówić w lekarzy lub chorych ze szkodą innych równie dobrych przetworów, które rozszerzają środki niemoralne, publicznie zachwalając ich skuteczność i wreszcie, które listownie obiecują wyleczenie. *X.*

Zwalczanie alkoholizmu i nikotynizmu w Anglii. W Londynie z dniem 1 kwietnia b. r. weszło w życie prawo »Childrens Charter«, mające na celu zapobieganie zatruwaniu nikotyną i alkoholem młodych osobników poniżej lat 16. Odtąd każdy policyant ma prawo na ulicy odbierać dzieciom papierosy, a nawet u chłopców przeprowadzać pod tym względem rewizyę osobistą. Nie wolno też zabierać dzieci poniżej 14 lat do wyszynków, a wogóle nie wolno podawać dzieciom poniżej lat 5 napojów wyskokowych, chyba w celach leczniczych na zlecenie lekarza. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 2. V. do 8. V. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 6, Biłków 4, Babrze 2), Brzeżany (Budyłów 1), Buczacz (Płoszcza 1, Trościańce 4, Krasiejów 1), Czortków (Bazar 7), Horodenka (Hawrylak 16, Czortowiec 7, Żywaczów 3, Obertyn 2), Jarosław (Cieplice 8), Jaworów (Sarny 1, Lubienie 1), Kałusz (Słoboda nieb. 2), Kołomyja (Słobódka polna 7, Gwoździec st. 1), Kosów (Chomczyn 2), Lisko (Łupków 1, Smolnik ad Baligród 5), Nadwórna (Pniów 2), Podhajce (Siółko 1), Rawa (Huta lubycka 3), Sambor (Sambor 1), Sanok (Osławice 4, Komańcza 1), Skałat (Hlebów 1, Poznanka hetm. 1), Śniatyn (Trościaniec 10, Śniatyn 1), Sokal (Hochołów 5), Stryj (Komarów 1), Tarnopol (Konopkówka 2), Tłumacz (Hołosków 4), Zborów (Jarczowce 4, Jezierna 1), Żółkiew (Batiatycze 1).

Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. IV. do 8. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 2, płonicy 15 † 1 (1 † —), odry 3 (2), jaglicy 55 (37).

Dr Sch.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 2. V. do 8. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (w tem obcych —), płonicy 12 † 2 (3 † 1), odry 3, duru brzusznego 1 † 1.

Dr Legeżyński.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 18. IV. do 24. IV. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 4 † 1, odry 2, płonicy 3, róży 8 † 1, duru osutkowego 45, duru brzusznego 18 † 3, duru powrotnego 1, czerwonki 1, grypy 2. (*Gaz. lek.* 19).

I. Zjazd internistów polskich w Krakowie.

(19 lipca 1909).

W dalszym ciągu zgłoszono następujące odczyty:

Serya II.

Z II-go oddziału wewnętrznego Szpitala powszechnego we Lwowie (Prof. Dr Wiczkowski).

14. Dr M. Selzer i Dr G. Wileńko: O związku jaki zachodzi między obecnością adrenaliny we krwi, a skłonnością do glikozuryi.
15. Dr M. Selzer i Dr G. Wileńko: O odczynie Cammidgea.
16. Dr M. Selzer: O pepsynie w moczu.
17. Dr Stauber: O leczeniu chorych na gruźlicę tuberkuliną.
18. Prof. Dr Wiczkowski: O polyserositis (dalszy ciąg doświadczeń).

Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

19. Dr Balabayder: Schorzenia przewlekłe tętnicy głównej, a leczenie rtęciowe.
20. Dr Czernecki: Obecność kwasów proteinowych w płynach zapalnych i przesiękowych (część chemiczna, wykonana w pracowni chemii lekarskiej U. lw.).
21. Dr Czernecki: Przyczynek do sprawy dziedziczności wrzodu żołądka.
22. Doc. Dr Franke: O znaczeniu czynności naczyń obwodowych przy wyrównaniu zaburzeń krążenia (compensatio peripherica).
23. Doc. Dr Franke i Dr Sabatowski: O oznaczaniu ilościowem zaczynu proteolitycznego (trypsyny) w kale człowieka i o wartości tego badania dla rozpoznania zaburzeń czynności wydzielniczej trzustki. (Część chemiczna wykonana w zakładzie higieny U. lw.).
24. Prof. Dr A. Gluziński: Kilka uwag o klinicznym obrazie, zależnym od zaburzeń w czynności gruczołów bez przewodów w czasie przejściowym u kobiet.
25. Prof. Dr A. Gluziński i Dr Grek: Wpływ miesiączkowania na przebieg ciepłoty w rozmaitych stanach chorobowych.
26. Dr Grek i Dr Reichenstein: Wpływ wyciągu paproci samczej (extr. filicis maris) na zachowanie się ciałek białych u człowieka.
27. Doc. Dr Marischler: O urochromie ze stanowiska klinicznego.
28. Doc. Dr Marischler, Dr Reichenstein i Dr Schneider: Wpływ dyety równowartościowej pod względem kaloryi i azotu na przemianę materyi u człowieka.
29. Dr Reichenstein: Glikozurya a ciąża.
30. Doc. Dr Szumowski: Przypadki gruźlicy płuc leczone metodą Krokiewicza.

31. Dr Ludwik Jekels z Bystrej: Teorye Freuda o neurozach tudzież o psychoanalizie.
32. Dr Adolf Kozerski z Warszawy: Miejscowe działanie radu.

33. Dr Wilhelm Weissglas z Krakowa: Gościec stawowy i zapalenie górnych dróg oddechowych.

Przypominamy Szanownym Kolegom, że termin do zgłaszania odczytów upływa z dniem 1 czerwca 1909. Zgłoszenia odczytów należy przesyłać do biura Zjazdu, Klinika lekarska Kopernika 15.

Sekretarz komitetu: *Dr B. Korolewicz.* Przewodniczący komitetu: *Prof. Dr W. Jaworski.*

Wiadomości bieżące.

W krajowej służbie zdrowia ma być obsadzone jedno z najważniejszych stanowisk; od trafnego wyboru zależy nietylko prawidłowa działalność i rozwój naszego szpitalnictwa, ale także postęp w wielu innych sprawach, dotyczących zdrowia publicznego, a kierowanych przez Wydział krajowy. Zakres tych spraw ustawicznie wzrasta i obecnie, przekraczając siły jednostki, wymaga, by w biurze sanitarnem Wydziału krajowego pracowało kilku fachowych znawców przedmiotu, lekarzy. Zawsze jednak z natury rzeczy wszystkie nici skupiać się muszą w rękach szefa departamentu sanitarnego i w rękach jego najważniejszego współpracownika, noszącego na teraz tytuł inspektora szpitali. Ostatnich kilka lat dowiodło, jak doniosłe ma znaczenie, kto urząd ten piastuje. Stanowisko to wymaga dzisiaj, obok wielkiego praktycznego doświadczenia, obok gruntownej znajomości warunków, w jakich działają nasze szpitale, zarówno stołeczne, jak prowincyonalne, jeszcze także znawstwa spraw sanitarnych wogóle, a zwłaszcza tych spraw, na które mają wpływ autonomiczne władze krajowe, szerszego poglądu na higienicznospołeczne zadania kraju i umiejętności stworzenia jasnego programu pracy na tem polu na dłuższą metę. Szczególniej dzisiaj, gdy zarówno w szpitalnictwie, jak i w całym zakresie agend sanitarnych krajowych rozpoczął się zwrot pomyślny, mógłby kraj odnieść niepowetowane szkody, gdyby wykonanie niełatwych nowych, przed krajem wyrastających zadań, zostało spaczone; wykonanie ich powinno więc dostać się w ręce energiczne i twórcze, powinno oprzeć się o wybitną wiedzę, umysł i charakter. Wydział krajowy już przy ostatniem obsadzeniu tego stanowiska miał rzeczywiście, jeśli tak powiedzieć można, szczęśliwą rękę, to też można mieć nadzieję, że i tym razem zdoła zapewnić temu działowi swych zadań pomyślną przyszłość. Wobec szeregu pilnych spraw, czekających załatwienia, pragnąć tylko należy, by opróżnione stanowisko inspektora szpitali jaknajrychlej było obsadzone.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 12. V. b. r. posiedzenie, na którem Dr Rydel przedstawiał przypadek wodogłowia wewnętrznego, Prof. Lewkowicz szczepienie sposobem Spenglera, a Dr Eisenberg miał wykład: »O etyologii i rozpoznaniu przyczynowem gruźlicy«. Dyskusyę odłożono.

— Towarzystwo »Nadzieja«, utrzymujące w Szczawnicy sanatoryum dla ubogiej uczącej się młodzieży żydowskiej, ogłosiło sprawozdanie za r. 1908. Zarząd uskarża się na mniej sprężystą działalność grup prowincyonalnych, niż w latach zeszłych; mimoto zdołał Zarząd z pomocą 13 grup zgromadzić 3120 K. z wkładek, 1406 K. z zabaw i festynów, 1228 K. z subwencyi i darów. Dochody i rozchody wynosiły ogółem po 6765 K., fundusz budowy domu 1538 K. W sanatoryum leczono 25 chorych przez 1192 dni (średnio każdy po 47·7 dni); szczegóły o sanatoryum podaje starannie zestawione sprawozdanie lekarskie Dra R. Hammerschlaga, którego zasługi Zarząd gorąco podnosi. Na czele Towarzystwa stał Dr Jan Landau, sekretarzem był Dr A. Schudmak.

— Budowa kolei z Muszyny do Krynicy rozpocznie się w roku bieżącym.

— W większem mieście południowo-słowiańskiem w Austryi jest do objęcia zaraz kilka posad sekundaryuszy w szpitalu publicznym. Do każdej posady, prócz mieszkania i całego utrzymania, przywiązana jest płaca roczna 1200 złr. (2400 koron). Posady te otrzymać mogą lekarze Polacy, (posiadający dyplom jednego z uniwersytetów austryackich), nieżonaci, wyznania rz.-kat. — Zgłaszać się należy do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Dawid Jurkowicz, rodem z Krakowa.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-gal. odbył posiedzenie w d. 27. IV. 1909. Przesłuchano jednego z 2 lekarzy Kasy chorych w Drohobyczu, którzy objęli napowrót swe posady, skoro tylko Namiestnictwo zniosło orzeczenie Izby w sprawie tej kasy, chociaż wobec wniesionego przez Izbę rekursu, orzeczenie to na razie jest prawomocne. Rozstrzygnięcie tej sprawy odłożono aż do czasu załatwienia rekursu Izby. Następnie przyjęto sprawozdanie z kroków, podjętych przez prezydyum Izby w sprawie Kasy chorych w Tarnopolu, oraz sprawozdanie prezydenta z posiedzenia Wydziału wykonawczego Izb we Wiedniu. Wydział wykonawczy obradował nad sprawozdaniem z rzymskiego zjazdu w sprawie ubezpieczeń i nad utworzeniem własnego Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków. Uchwalono zażądać od Wydziału wykonawczego szczegółowego projektu tego Towarzystwa. Uchwalono przesłać Prezydyum sądu wyższego zażalenie dr Ł. w M. z powodu niepowoływania go jako znawcy sądowego. Zatwierdzono taryfę sezonową lekarzy w Lubieniu. W sprawie sporu dr W. z kasą chorych w Ickanach i sporu dr R. i L. w T. uchwalono przedsięwziąć dochodzenia.

— Krajowa Rada zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 8. V. b. r. opinię w sprawie rekursu przeciw wyrokowi Rady honorowej, w sprawie łazienek siarczanych w Niemirowie, w sprawie jednej posady dyrektora szpitala i w sprawie grobowca rodzinnego w Firlejowie, wreszcie rozpatrywała sprawy zdrojowisk.

— 8. V. b. r. odbyła się konferencya przedstawicieli rządu, kraju i miasta w sprawie budowy szpitala zakaźnego we Lwowie. Miasto zmierza do tego, aby powstał szpital zakaźny o kilku pawilonach, obejmujący 250 łożek. Konferencya uznała za najlepszy pod budowę grunt w sąsiedztwie zakładu fizyologicznego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Rudolf Stenzel, rodem ze Lwowa.

Warszawa. Dr chem. Lesser i mecenas Osuchowski złożyli 52.000 rubli; odsetki od 50.000 rb. mają być używane na cele pracowni naukowej przy Towarzystwie lekarskiem; 2.000 ma być użyte jednorazowo na ten sam cel. Cała suma przeznaczona jest na instytut doświadczalny, który przy sprzyjających okolicznościach, zdaniem ofiarodawców powinien być otwarty w Warszawie. Do tego czasu Tow. lekarskie zarządza funduszem i odsetki przeznacza na swoją pracownię.

Łódź. Sprawami »Przeglądu i Czasopisma lekarskiego« zajmuje się w Łodzi sekretarka podkomitetu redakcyjnego, dr A. Zieleniewska-Trenknerowa. Ponieważ chodzi obecnie o uregulowanie nakładu »Przeglądu i Czasopisma«, przeto koledzy, życzący sobie otrzymywać pismo, zechcą składać przedpłatę na ręce kol. dr. Zieleniewskiej-Trenknerowej.

Z różnych stron. Na porządku dziennym VIII. ogólnego Zgromadzenia Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 24. IV., (7. V.) b. r. znajdowały się następujące wykłady: P. Barylski: Wata hygroskopijna z lnu, jako najnowszy wytwór przemysłu włóknistego; Dr Eliasson: a) Nowa metoda badań zapomocą odruchów warunkowych i zastosowanie jej do badania narządów zmysłowych (słuchu). b) Przyczynek do kwestyi czynności ośrodka słuchowego kory.

— Prof. dr Zaleski w Petersburgu został odznaczony orderem Włodzimierza III. klasy.

— Komisya sanitarna parlamentu austr. wybrała z Polaków: Dr Dietziusa jednym z wiceprezydentów, a Dr Golda jednym z sekretarzy.

— Kierownictwo departamentu sanitarnego austr. ministerstwa spraw wewnętrznych objął w miejsce ustępującego bar. Heina, szef sekcyi Swoboda r. Fernow. *X.*

— Archeolog Hauser wykopał w wiosce Le Monstier w dolinie Wezery, kościec ludzki, najstarszy, jaki dotąd znamy, bo wiek jego oceniają uczeni na 1,500,000 lat. Kościec ten ze szczątków zrekonstruowano i wiele ciekawych szczegółów wykryto. Tak n. p. widać z kośćca, że ówcześni ludzie chodzili na krótkich kończynach dolnych, zgiętych nieco w kolanie i byli wzrostu średniego, o dużej głowie, z czołem w tył pochylonem i wybitnemi szczękami. Oczodoły bardzo oddalone od siebie, nos płaski, szeroki. Usta szerokie o wązkich wargach (odbicie warg zachowało się wcale dobrze), zęby śnieżnej białości, bardzo silne. Przednie trzonowe mają dwa korzenie, tylne bardzo silnie rozwinięte. Prócz tego w otoczeniu kośćca znaleziono różne przedmioty, świadczące o ówczesnej kulturze, jak amulety, narzędzia i t. p. *(M. m. W.* Nr. 16). *A.*

— Genewscy pastorowie Metzger i Müller postanowili stwierdzić naukowo, czy możebnem jest przenoszenie się chorób przez kielich, używany do komunii w kościele; z ich polecenia przeprowadzili odpowiednie badania Röpke i Huss i wykazali, że na brzegu kielicha osadzają się w razie, jeżeli pił z niego suchotnik, często prątki, a zwykle wytarcie brzegu nie usuwa ich wcale. Podobnie wykazać też można na naczyniach, używanych przedtem przez osoby kiłowe, krętki. (*Med. Kl.* Nr. 18). *X.*

Mianowani. Dr Tadeusz Józefczyk prymaryuszem szpitala obrony krajowej w Krakowie.

Patolog doc. Mönckeberg profesorem nadzw. w Giessen, higienista doc. Reichenbach profesorem nadzw. we Wrocławiu, internista prof. Stern dyrektorem kliniki w Gryfii, otyatra prof. Heine dyrektorem kliniki w Monachium.

Zmarli. Dr Henryk Goldblum w 59 r. ż. w Warszawie, Dr Józef Saks, ordynator szpitala izr. z Łodzi w 38 r. ż. w Berlinie; internista prof. Galvagni w Modenie.

Redakcya otrzymała. Między: Migsowicz: 1) O krzywicy późnej. 2) O doświadczalnym przeroście serca. »Przegląd lek.« i »Wiener klin. Wochs.« 1908. — Mięsowicz i Maciąg: Spostrzeżenia nad zachowaniem się substancyi mydryatycznych w surowicy krwi ludzkiej. »Gazeta lek.« i »Folia serologica« 1908/9. — Prof. Dr L. Korczyński: 1) Kilka uwag i spostrzeżeń o samozatruciu z przewodu pokarmowego. 2) Histerya z wybitnemi zboczeniami psychicznemi. 3) Spostrzeżenia o wartości rozpoznawczej tuberkuliny, szczepionej na skórze i wkraplanej do worka spojówkowego. 4) Odma piersiowa po krwawym zawale płuc. 5) Ostre rozszerzenie i niesprawność serca po jednorazowym wysiłku fizycznym. 6) O dodatkowych skurczach serca i ich znaczeniu klinicznem. 7) O sprawności serca i jej ocenianiu. 8) Psychiczne rysy histerycznej nerwowości. — Thirty-eighth Annual Report of the Buffalo State Hospital. Albany 1909. — Ciechanowski i Gliński: Zur Frage der kongenitalen Dünndarmatresie, odb. »Virchows Archiv« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 19. maja 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dyskusya nad wykładem Dra Eisenberga »O etyologii i rozpoznaniu przyczynowem gruźlicy«. 2) Prof. Ciechanowski: Główne wrota gruźlicy w ustroju ludzkim ze stanowiska anatomicznego. 3) Doc. Gliński: Usposobienie a dziedziczność w gruźlicy.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Lysoform. Doc. Dr S. Zlatogorow w Petersburgu (inst. lek. dla kobiet) potwierdza badania innych autorów co do wartości przeciwgnilnej lysoformu. Już 3% rozczyny wywiązują energiczne działanie bakteryobójcze, niszcząc zarodki wąglika w ciągu 8 godzin. Rozczyny gorące podnoszą wybitnie działanie odkażające lysoformu. Najmniej odporne okazały się zarazki cholery, prątki odmieńce, dwoinki Fränkla, zarazki czerwonki i duru; giną one w 3% rozczynie lysoformu już po 3 minutach. Prątek wąglika i gronkowce okazały się odporniejsze, gdyż giną po godzinnem działaniu lysoformu. Rozczyn 3% o ciepłocie 37° zabija niekiedy natychmiast niektóre bakterye.

Podobnie działa **lysoform surowy**, przeznaczony do odkażania na wielką skalę. Cenioną jest również jego własność odwaniająca, gdy chodzi o plwocinę, mocz i kał.

Silne działanie bakteryobójcze lysoformu obok odwaniającego, szczególnie w rozczynie gorącym, zaleca użycie tego nietrującego środka przeciwgruźliczego. *H. W.*

Apt. Bernatzika maść formaldehydowa jest pewnym środkiem przeciw nadmiernemu poceniu się zarówno rąk, jakoteż nóg. Wypróbowana klinicznie i polecana przez lekarzy. Zapobiega zarazem przeziębieniu. Zasługuje na wszechstronne polecenie. Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Dr Vittorio **Serravallo**, aptekarz w Triest-Barcola odznaczony został przez Jego Cesarską Mość krzyżem rycerskim orderu Franciszka Józefa.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy

Kosów (pod Kołomyją).

Dr **Tarnawski Apolinary**, właściciel i kierownik lecznicy otwartej od 1 maja do końca października.

Krynica.

Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem".
Dr **Ebers Henryk**, zakład wodoleczniczy.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, „Świteź".
Dr **Lewicki Stanisław**, willa pod Trąbką.

Rabka.

Dr **Lang**, willa „pod Luboniem".
Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Regiec Jan**, willa pod Kościuszką.

Szczawnica.

Dr **Kołaczkowski J.**, kierownik zakł. hidrop. i pensyonatu.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**,
Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, Radca cesarski.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy Renngasse 3.

Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, „Villa Söllradl".

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, we własnej willi, zakład i pensyonat lecz.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, Radca ces. Villa „Höflinger" VII.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 13.

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki E.**, Alte Wiese. Dom „Nizza".
Dr **Kaufmann Oskar**, „Pascha" Sprudelstr.

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, Dom „Mozart".
Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października.